

196

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 21 mars 1906, à 1 heure

Par M. CALVÉ

Ancien interne des hôpitaux de Paris et de l'hôpital Maritime
de Berck-sur-Mer.

DE

LA COXALGIE DOUBLE

CHEZ L'ENFANT

Président : M. RECLUS, professeur.

*Juges : MM. TERRIER,
LANDOUZY, } professeurs.
PIERRE DUVAL, agrégé.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1906

36616

INTRODUCTION

Les travaux concernant la coxalgie double sont peu nombreux dans la littérature médicale.

Jusqu'à ces dernières années, il faut signaler les publications de Ridlon, du professeur Kirmisson, de Volkmann, d'Ollier, de Vincent portant de préférence sur le traitement de l'ankylose double, consécutive à la coxalgie bilatérale.

En 1903, en collaboration avec mon collègue et ami Guillaume-Louis, nous avons publié, à l'instigation de notre maître, M. Ménard, une monographie sur l'étude clinique de la coxalgie double.

Dans la *Tuberculose infantile* (octobre et décembre 1903), M. Ménard traite le même sujet. Ce dernier travail nous servira de guide dans cette thèse. Nous y ferons de larges emprunts.

Nous essaierons aussi, réunissant et résumant des observations éparses dans diverses publications parues ces dernières années, de montrer quel est l'état de la question en ce qui concerne le traitement de la coxalgie double, et plus particulièrement des attitudes vicieuses qui persistent après la guérison anatomique du double foyer coxal. Ces déformations entraînent, à un degré variable, des troubles d'ordre statique et fonctionnel et posent des problèmes thérapeutiques souvent difficiles à résoudre.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Fréquence. — Un relevé fait à l'hôpital maritime de Berck en juillet 1901, par M. Tillaye, interne du service, montre un total de 172 cas de coxalgies sur lesquelles il existe 14 cas de coxalgies doubles.

En 1902, avec mon collègue et ami Guillaume-Louis, nous trouvons sur 150 cas de coxalgies, 11 cas de coxalgies doubles.

En février 1906, enfin, M. Matry, interne du service, relève 173 coxalgies sur lesquelles 6 coxalgies doubles.

En résumé :

495 coxalgies.

31 coxalgies doubles.

Ce qui donne un pourcentage à peu près exact de 6 0/0.

Un autre point très intéressant que met en relief l'étude des statistiques, est d'étudier la fréquence de la coxalgie double en comparaison des autres associations de la coxalgie.

DE LA COXALGIE DOUBLE ENVISAGÉE DANS SES RAPPORTS AVEC LES TUBERCULOSES MULTIPLES. — Dans le tableau dressé par M. Tillaye, nous trouvons que les 172 coxalgies se répartissent en :

142 coxalgies simples

29 coxalgies associées.

Ces 29 coxalgies associées se répartissent en :

Coxalgies doubles	14 cas
— et mal de Pott.	9 »
— et tuberculose du genou	2 »
— — du coude	1 »
— — tibio-tarsienne.	1 »
— et lupus.	2 »

Nous avons trouvé, Guillaume-Louis et moi, sur 150 cas de coxalgies :

127 coxalgies simples

23 coxalgies associées.

Par ordre de fréquence, les associations dans ces 23 cas étaient :

Coxalgies doubles	11 cas
— et mal de Pott	9 »
— et tuberculose du coude	1 »
— — tibio-tarsienne	1 »
— — du métatarse	1 »

La statistique toute récente de M. Matry relate que sur 173 coxalgiques on trouve :

141 coxalgies simples

32 coxalgies associées.

Réparties ainsi :

Coxalgies doubles	6 cas
— et mal de Pott	11 »
— et tuberculose du genou	1 »
— — tibio-tarsienne	4 »
— — du 1 ^{er} cunéiforme	1 »
— — du pubis	4 »
— et scalpulalgie	3 »

Coxalgie et lupus.	1 cas
— et tuberculose du radius	1 »

Si nous faisons le total, nous trouvons 495 coxalgies dont :

410 coxalgies simples

84 coxalgies associées.

Ces 84 coxalgies associées se divisent en :

Coxalgies doubles	31 cas
— et mal de Pott	27 »
— et tuberculose du genou	3 »
— et scapulalgie	3 »
— et tuberculose du coude	6 »
— — tibio-tarsienne	6 »
— — du pubis	4 »
— — du métatarse	2 »
— — du radius	1 »
— et lupus	3 »

Il suffit de porter un coup d'œil sur ce tableau pour être frappé de certains faits que M. Ménard a mis en relief depuis longtemps. Nous ne pouvons mieux faire que de citer en entier ce qu'il a écrit à ce sujet dans son travail paru dans la *Tuberculose infantile* (1).

« Les statistiques précédentes mettent en évidence un
« premier fait. La coxalgie se trouve surtout associée en
« ce qui concerne le squelette, avec des foyers tuberculeux
« de la colonne vertébrale ou des grandes articulations ;
« genou, coude, cou-de-pied.

« Il est remarquable qu'on n'y trouve pas un exemple

(1) La statistique toute récente, relevée par M. Matry, modifie légèrement les résultats sinon dans l'ensemble, du moins dans le détail.

« d'association avec le spina ventosa des os longs de la
« main ou du pied. Ce qui ne veut pas dire qu'on ne puisse
« observer le spina ventosa avec la coxalgie, nous avons
« rencontré cette association, mais elle est exceptionnelle.
« A peine pourrions-nous en citer quelques observations.

« La physiologie pathologique n'est peut-être pas en état
« de fournir actuellement une interprétation du mode
« d'association de la tuberculose ostéo-articulaire. Il suffit
« de constater que sur un même sujet, la tuberculose af-
« fectionne des localisations osseuses anatomiquement
« analogues. Chez de nombreux enfants, on observe le
« spina ventosa des deux mains, et même des quatre ex-
« trémités, mains et pieds.

« Cette multiplicité du spina ventosa est d'observation
« journalière.

« On peut dire de même que la tuberculose vertébrale
« et la tuberculose des grandes articulations s'associent
« plus souvent avec la tuberculose d'un autre point du ra-
« chis, ou d'une autre grande articulation.

« Ce sont là des faits d'observation, qui semblent s'ex-
« pliquer par une sorte de loi générale.

« Chez certains sujets, la tuberculose se localise de pré-
« férence sur un groupe de petits os analogues, phalanges,
« métacarpiens, métatarsiens.

« Chez d'autres sujets, elle préfère les grandes articula-
« tions ou les masses volumineuses de tissu spongieux
« (Grandes épiphyses et corps vertébraux).

« Fait curieux, on observe beaucoup moins souvent le
« spina ventosa avec la tuberculose des grands os ou des
« grandes articulations, exception faite pour le poignet,

« souvent envahi secondairement par le spina ventosa des
« métacarpiens.

« En ce qui regarde spécialement la tuberculose coxale,
« on voit que son association la plus fréquente a lieu avec
« la tuberculose de la deuxième hanche : coxalgie double.
« Nous trouvons dans un de nos relevés 14 coxalgies dou-
« bles sur 32 coxalgies associées : dans le deuxième re-
« levé, 11 coxalgies doubles sur 23 coxalgies associées.

« Cette prédominance de la tuberculose des deux han-
« ches parmi les associations tuberculeuses de la coxalgie
« n'est nullement un fait propre à la hanche.

« La symétrie de la tuberculose osseuse ou articulaire
« est relativement fréquente.

« Chacun sait combien on observe souvent le spina ven-
« tosa des deux mains, et même des métacarpiens ou des
« phalanges symétriques.

« La tuberculose des deux calcanéums, des deux olécrä-
« nes se rencontre avec une telle fréquence qu'après avoir
« constaté l'affection sur l'un des côtés, on commettrait
« une faute en ne la cherchant point sur le côté opposé.

« L'arthrite tuberculeuse des deux genoux est plus
« rare ; cependant nous en avons vu un grand nombre
« d'exemples.

« La coxalgie double, relativement moins fréquente que
« la tuberculose des deux calcanéums ou des deux olécrä-
« nes, est plus souvent observée que la tuberculose des
« deux genoux.

« Cela est vrai, du moins si nous nous en rapportons à
« notre champ d'observation.

« MM. Calvé et Guillaume, internes de l'hôpital ma-

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

Ce n'est pas tant au point de vue de son évolution clinique que la coxalgie double est intéressante à étudier. C'est surtout lorsque la coxalgie double est guérie, au sens anatomique du mot, c'est-à-dire lorsque les processus tuberculeux ont été arrêtés, étouffés par le tissu fibreux de cicatrice, que l'étude de cette affection présente un intérêt réel.

La guérison anatomique fixe, fige, pourrait-on dire, les deux membres inférieurs dans une attitude variable, selon la précocité du traitement institué, mais entraînant toujours, à des degrés divers, des troubles d'ordre statique et fonctionnel ; le plus souvent même, comme nous le verrons, les coxalgies doubles guéries anatomiquement entraînent, à leur suite, une véritable infirmité, nécessitant un traitement orthopédique approprié.

L'étude clinique de la coxalgie double se divise donc tout naturellement en deux périodes :

- 1° *Coxalgie double en évolution ;*
- 2° *Coxalgie double guérie anatomiquement.*

§ 1. — **Etude clinique de la coxalgie double
en évolution.**

Mode de début. — Il est exceptionnel que l'une et l'autre hanche se prennent simultanément, M. Ménard relate un cas où il a découvert en même temps une double coxalgie chez une fillette de 4 ans qui portait déjà un mal de Pott dorso-lombaire pour lequel elle était venue à Berck.

L'intervalle entre le début de la première coxalgie et le début de la deuxième a été noté par M. Ménard comme suit :

Simultanément.	1 cas
3 mois.	3 »
6 à 9 mois.	6 »
1 an.	6 »
2 et 3 ans	7 »
5 ans	1 »
7 ans	1 »
12 ans	2 »
Inconnu	9 »

Citons ici encore dans le texte, M. Ménard :

« Chez quelques-uns de ces malades la première coxalgie était guérie depuis un certain temps lorsque la seconde est apparue. C'est le cas d'une de nos malades de la ville, traitée à Berck par Cazin pour une coxalgie droite qui avait débuté à l'âge de 4 ans. Un peu plus de 10 ans plus tard, alors qu'il ne restait plus depuis longtemps d'autre trace de la première affection qu'un raccourcissement et une boiterie notables, l'autre hanche est prise d'une arthrite violente avec fièvre et douleurs

« très vives. Ce début aigu associé avec une série d'attaques de coliques néphrétiques, suivies d'émission de calculs, fait penser un instant au rhumatisme. Mais le gonflement de la hanche rapidement développé persiste, et quelques mois plus tard, un vaste abcès confirme le diagnostic de coxalgie.

« Un autre de nos malades avait subi en 1893 une résection de la hanche droite suivie de réunion par première intention ; il quitte Berck en 1895, paraissant guéri, le membre opéré en bonne position. Il revient à l'hôpital maritime en 1898, la guérison du côté droit a persisté. Faute d'appareil, la cuisse s'est fléchie, l'ankylose est solide. Depuis quelques mois est survenue une coxalgie gauche qui a motivé le second séjour à Berck.

« Ces exemples d'un intervalle de plusieurs années sont exceptionnels. Habituellement, la deuxième coxalgie se développe au cours de la première. Chez un certain nombre d'enfants, les deux débuts se suivent de si près, qu'on peut être tenté de rapporter les deux localisations à une seule infection. Les deux cultures ont évolué avec une rapidité différente.

« On ne peut guère soutenir cette idée avec des intervalles qui dépassent une année.

« Il est remarquable que dans notre série d'observations, la tuberculose n'ait montré aucune préférence dans le choix de la première hanche. Nous trouvons que : la hanche droite est prise la première 17 fois : la hanche gauche est prise la première 16 fois. Deux cas sont indéterminés.

« Aucune circonstance autre que l'analogie de ter-

« rain n'explique l'apparition de la deuxième coxalgie.

« Celle-ci se développe en effet sans que l'on puisse
« incriminer aucune circonstance occasionnelle. Peut-être
« pourrait-on dire que l'enfant qui marche avec une pre-
« mière coxalgie, fatigue à l'excès sa hanche saine.

« Mais ne fatigue-t-il pas au même degré le genou et le
« cou-de-pied du côté sain ? Nous avons vu souvent appa-
« raître la deuxième coxalgie au cours du traitement de la
« première, chez des enfants couchés avec un appareil
« plâtré, ou bien avec l'extension continue. Il ne saurait
« être question ni de fatigue, ni de traumatisme. Nous
« n'avons pas le souvenir qu'aucun de nos malades ait été
« pris de sa deuxième coxalgie à la suite d'une affection
« générale, scarlatine ou diphthérie, que l'on considère
« comme capables d'imprimer une poussée au foyer tu-
« berculeux déjà existant, sinon de faire naître des foyers
« nouveaux. »

Symptômes. — L'élément symptomatique, en lui-même, varie peu. Chaque coxalgie, prise en elle-même et isolée, a les caractères de toute arthrite tuberculeuse de la hanche. Chacune d'elles peut varier dans ses manifestations cliniques et revêtir les diverses formes par lesquelles toute coxo-tuberculose peut se manifester, depuis les plus bénignes jusqu'aux plus graves.

Aussi ne ferons-nous pas, à propos de la coxalgie double, la symptomatologie de la coxalgie en général. Ce que nous essaierons d'établir, c'est l'influence qu'une coxo-tuberculose a sur l'autre, c'est la modification qu'elle apporte à l'allure clinique générale l'apparition de la deuxième coxalgie ; c'est le pronostic spécial qu'elle implique, non

pas tant immédiat qu'ultérieur ; ce sont enfin les procédés thérapeutiques que dicte la coxalgie bilatérale, envisagée soit dans son évolution, soit dans sa période de guérison.

En un mot, on a surtout affaire un rapprochement entre la première et la deuxième coxalgie et à montrer les conséquences de la bilatéralité de la lésion.

La coxalgie double constitue, néanmoins dans son ensemble, un état pathologique sérieux : la vie est plus souvent menacée ; la présence de deux foyers, apparus successivement, le plus souvent, est un commencement de généralisation. Les malades sont plus exposés à d'autres manifestations tuberculeuses graves, telles que le mal de Pott et la méningite.

Tous les symptômes de la coxalgie simple se retrouvent dans l'évolution de chaque coxalgie prise isolément. Même début plus ou moins lent, mêmes contractures, avec déviation de la cuisse en flexion, avec rotation interne et adduction plus tard, ascension trochantérienne et abcès.

Il convient toutefois de faire certaines réserves que nécessite l'étude attentive des observations.

Tout d'abord, une distinction s'impose, selon que la première coxalgie est ou n'est pas traitée, lorsque se déclare la deuxième.

Dans le dernier cas, l'enfant n'est pas immobilisé, marche le plus souvent, et on conçoit facilement que la deuxième coxalgie se développera comme une arthrite tuberculeuse ordinaire de la hanche.

Si, au contraire, la première coxalgie est déjà dans les meilleures conditions de guérison, quand survient la seconde, celle-ci aura naturellement une évolution entravée,

jugulée en quelque sorte, réduite au minimum par le traitement institué avant même qu'elle n'ait apparu, véritable traitement prophylactique, pourrait-on dire. La deuxième coxalgie bénéficie des soins donnés à la première ; comme le dit très justement M. Ménard, celle-ci assure le traitement de celle-là. Par exception, on observe le contraire : la première coxalgie est bénigne, la deuxième grave (Obs. V).

Cette distinction domine, du reste, toute l'évolution clinique de la coxo-tuberculose bilatérale. On la retrouvera en étudiant chaque symptôme en particulier, aussi bien l'élément douleur que les abcès et les attitudes vicieuses.

La douleur ne présente guère de variantes importantes à signaler. Lorsque la seconde coxalgie survient, la première étant déjà en traitement, elle est peu douloureuse.

Au contraire, si elle se déclare presque en même temps que la première, on conçoit facilement que l'enfant souffre beaucoup plus et se trouve rapidement dans l'impossibilité de marcher. Tel est le cas dans l'observation IX.

Les abcès sont fréquents dans la coxalgie double. Ils seraient presque la règle des deux côtés pour M. Ménard. Cette complication n'emprunte d'ailleurs pas à la bilatéralité de la lésion une gravité à part.

Ponctionnés régulièrement, traités par des liquides modificateurs, ils guérissent, mais, peut-être, moins facilement que dans la coxalgie simple. Comme dans celle-ci, du reste, on peut rencontrer ces formes d'abcès fistuleux, depuis la fistule bénigne, temporaire, jusqu'à la fistule tenace, permanente.

Voici, du reste, ce que dit M. Ménard, au sujet des abcès dans la coxalgie double :

« La fréquence des abcès est telle qu'on peut les considérer comme presque inévitables.

« Sur nos 35 cas, on trouve signalés :

« 24 fois un abcès de chaque côté ;

« 6 fois un abcès d'un seul côté ; quelques-uns de ceux-ci ne sont pas guéris. Chez 3 malades dont la coxalgie double était ancienne, l'observation ne note pas d'abcès, mais il reste une incertitude, les observations peuvent être incomplètes.

« Reste deux coxalgies doubles sans abcès, elles sont trop peu anciennes pour qu'on puisse en tirer aucune conclusion. Les abcès pourront se produire plus tard.

« En somme, chez un malade atteint de coxalgie double, on doit s'attendre à voir paraître un abcès de chaque côté. C'est la règle habituelle. Il est vrai, qu'à trois exceptions près, tous nos malades appartiennent à la clientèle hospitalière ; peut-être peut-on dire qu'ils n'ont été soignés ni assez tôt, ni avec assez de persistance ; mais les trois malades appartenant à la classe aisée ont eu tous les trois un abcès à chaque hanche. L'absence de l'abcès doit être considérée comme une heureuse exception.

« Quant à l'époque où il se produit, on rencontre de grandes variétés. La première coxalgie peut ne se compliquer d'abcès qu'à une période tardive, après la première année, tout comme s'il s'agissait de la forme unilatérale.

« Sur la deuxième hanche, il est plus habituel de découvrir l'abcès un peu plus tôt, de quatre à six mois. De ce côté aussi, il peut être tardif.

« La formation hâtive de la collection de l'un et l'autre
« côté, surtout lorsque les deux localisations se sont suivies de près, est un indice menaçant ; la destruction tuberculeuse, marche rapidement, on doit craindre une
« faible disposition des hanches à se réparer. Le malade
« est exposé à la fistulisation, quelques précautions que
« l'on prenne pour s'y opposer.

« Sur 23 coxalgies assez anciennes pour que l'histoire
« de leurs abcès puisse être déterminée, on y trouve :

« 4 cas avec deux abcès guéris sans fistule ;

« 6 cas avec guérison d'un des abcès, fistulisation de
« l'autre ;

« 6 cas avec fistulisation des deux abcès ;

« 3 cas avec un abcès unique guéri ;

« 4 cas avec un abcès unique fistulisé.

« Bien que sur ce nombre, quelques fistules puissent
« être mises sur le compte du défaut de traitement le fait
« ne peut pas être généralisé, la fistule est manifestement
« plus difficile à éviter lorsqu'il s'agit de la coxalgie double. »

Un point plus intéressant à étudier dans l'évolution de la coxo-tuberculose double est la *fréquence de la luxation*. Et, ici encore, nous retrouvons la distinction établie précédemment, selon que la première arthrite est ou n'est pas traitée, quand survient la seconde.

Si l'enfant marche au moment où apparaît le deuxième foyer tuberculeux, si on ne l'immobilise pas ultérieurement (tel est le cas de Leg..., obs. II), une luxation double peut se produire.

Dans le deuxième cas, le plus communément observé,

la première coxalgie est soignée quand survient la seconde. Ici alors, on retrouve un fait qui, par sa constance, pourrait presque être érigé en loi, et sur lequel M. Ménard insiste fréquemment :

La luxation est la règle dans la première coxo-tuberculose, l'exception dans la seconde.

Cela se comprend, du reste, aisément : nos observations sont prises à l'hôpital, c'est-à-dire dans la classe pauvre.

Chez ces enfants, la première arthrite a presque toujours, été négligée au début ; ils ont marché longtemps, avant de venir consulter à l'hôpital, où ils sont admis à une période avancée de leur foyer. A cette époque, la luxation est produite ou sur le point de se produire.

Les conditions sont tout autres pour la seconde coxalgie, traitée avant même qu'elle ne se soit manifestée. Aussi, la luxation est ici exceptionnelle. Il suffit de se rapporter aux observations de Greff. (obs... XIII), Baud... (obs. XV), Frim... (obs. I), Cass... (obs. IV).

Cette règle comporte toutefois des exceptions : ce sont, d'une part, les cas dans lesquels les deux coxalgies se sont développées en même temps ; ce sont, d'autre part, les cas où aucun traitement n'a été institué. Ce sont, enfin, les cas dans lesquels la deuxième coxalgie survenant très longtemps après la première ne peut plus bénéficier du traitement appliqué à celle-ci : de Cloot (obs. X), Corneb... (obs. VII), Passeur... (obs. XIV), Balest... (obs. IX).

« La tendance à la destruction des surfaces articulaires
« s'accuse dans la coxalgie double à peu près comme le
« danger de la formation des abcès.

« La luxation est fréquente sur nos 35 cas.

« 10 cas sont trop peu anciens pour en tirer aucune déduction.

« 4 cas sans luxation.

« 9 cas avec luxation du côté de la première coxalgie.

« 3 cas avec luxation du côté de la deuxième.

« 9 cas avec luxation des deux côtés.

« Nous ne voulons pas dire que toutes ces luxations aient été complètes ; le mot luxation signifie ici ascension notable du grand trochanter » (MÉNARD, in *Tuberculose infantile*).

Parmi les cas où la luxation bilatérale a été notée, le déplacement est, en général, plus marqué du côté de la première coxalgie, ce qui justifie l'assertion que nous formulions plus haut, d'après laquelle la luxation est beaucoup plus marquée sur la hanche d'abord malade, fait attribuable à la marche.

Cette constatation est de première importance, comme nous le verrons plus loin. En effet, une coxalgie fortement luxée ne guérit jamais par ankylose très serrée. Aussi une telle arthrite, même guérie, conserve des mouvements assez étendus, ce qui, au point de vue fonctionnel, donne souvent d'excellents résultats.

Pronostic. — La présence de deux coxalgies apparues l'une après l'autre chez le même malade indique un terrain propice à la multiplication des foyers tuberculeux.

Une autre preuve de cette aptitude spéciale du terrain se trouve dans l'adjonction fréquente des localisations sur différentes parties du squelette:

M. Ménard trouve les résultats suivants :

Sur 35 malades atteints de coxalgie double :

14 cas de tuberculoses diverses surajoutées ;

7 fois le mal de Pott seul ;

1 fois le mal de Pott avec tuberculose du genou ;

1 fois le mal de Pott avec abcès froid indépendant sur la cuisse ;

1 fois la tuberculose du poignet, du coude et de l'épaule ;

1 fois la scapulalgie ;

1 fois la tuberculose de l'humérus ;

1 fois la tuberculose du rocher ;

1 fois la tuberculose des gâines du poignet.

En résumé, à la coxalgie double s'ajoute dans 9 cas, le mal de Pott, et dans 5 autres cas des tuberculoses osseuses, articulaires, synoviale de siège varié.

Deux fois un quatrième foyer est venu s'associer à la coxalgie double, déjà compliquée de mal de Pott ; une troisième fois la coxalgie double coïncide aussi avec plusieurs autres localisations (poignet, coude, épaule).

« On pourrait sans doute, avec une statistique plus large
« que la nôtre, rencontrer avec la coxalgie double, toutes
« les tuberculoses externes.

« Dans notre collection personnelle de 35 cas, un mode
« d'association est surtout frappant : coxalgie double et
« mal de Pott. Nous le rencontrons 9 fois (1 fois sur 4).

« Ajoutons qu'il n'y a là rien de propre à la coxalgie
« double. La coxalgie unilatérale est elle-même réunie au
« mal de Pott plus fréquemment qu'avec toute autre tuber-
« culose chirurgicale. Inutile d'ajouter les commentaires
« sur l'interprétation de ce fait. On est tenté de voir là

« une analogie de terrain au point de vue de la culture
« bacillaire, entre le squelette de la hanche et des corps
« vertébraux. C'est tout ce qu'on peut en dire.

« Quant aux autres tuberculoses coïncidentes, remar-
« quons seulement qu'il s'agit aussi des grandes articula-
« tions ou des grands os ; le spina ventosa fait défaut.

« On ne peut pas donner le nom de généralisation tu-
« berculeuse à ces faits complexes de coxalgie double, avec
« adjonction d'un mal de Pott ou d'une arthrite tubercu-
« leuse ; nous allons voir à propos du pronostic un certain
« nombre de malades parvenus à la guérison malgré le
« nombre et la gravité des foyers : coxalgie double avec
« mal de Pott, avec une et même plusieurs tumeurs blan-
« ches.

« Il n'est pas moins vrai que les associations complexes
« dans lesquelles entre la coxalgie double forment néces-
« sairement un tableau pathologique d'une gravité excep-
« tionnelle

« Aux associations appartenant à la tuberculose externe,
« nous devrions joindre les complications tuberculeuses
« des viscères. Ce sujet spécial ne pourrait être traité dans
« toute son étendue que d'après les comptes rendus d'au-
« topsie. Les matériaux nous font défaut, mais la clinique
« nous a montré que si aucun de nos malades n'a suc-
« combé à la phtisie pulmonaire, quatre fois au contraire
« la méningite tuberculeuse est intervenue.

Terminaison. — Nous avons dit que la coxalgie double entraînait une mortalité élevée. 8 malades ont succombé à Berck dont 4 de la méningite tuberculeuse et 4 de septicémie consécutive à la suppuration fistuleuse.

Ce chiffre de mortalité doit être considéré comme inférieur à la vérité clinique, pour cette raison qu'un certain nombre des malades qui survivent ne sont pas guéris actuellement.

Parmi les 27 survivants (statistique de M. Ménard arrêtée en 1903), 11 peuvent être considérés comme ayant terminé leur double coxalgie : ils sont guéris, nous allons voir plus loin dans quelles conditions.

6 ont quitté Berck incomplètement guéris, d'un côté ou des deux côtés 10 sont encore en traitement.

Le groupe des 11 membres guéris comprend :

5 cas de guérison sans fistule et 6 cas de guérison avec fistulette (5 fois d'un côté, 1 fois des deux côtés).

« De ces chiffres, il résulte que la coxalgie double, qui « évolue d'une façon si laborieuse aboutit dans plus de la « moitié des cas à une guérison incomplète » (Ménard).

2. — Etude, au point de vue fonctionnel, des coxalgies doubles anatomiquement guéries.

« La coxalgie double, après sa guérison, laisse une « grave infirmité. C'est moins une claudication qu'une « difficulté de la marche. Comme les fonctions des membres inférieurs sont troublées par la déformation de l'une « et de l'autre hanche, et que cette déformation souvent « différente à droite et à gauche varie aussi avec chaque « malade, on peut prévoir que chaque cas de coxalgie « double aboutit à un type particulier de claudication » « (Ménard).

Il faut distinguer deux grandes classes de malades parmi

les coxalgiques doubles guéris : ce sont, d'une part, les malades qui présentent une incapacité presque absolue, tant au point de vue de la marche que des diverses exigences de la vie courante, les infirmes au sens exact du mot ; ce sont, d'autre part, les malades dont les attitudes vicieuses sont peu accentuées, ou telles, qu'elles sont compatibles avec la marche d'une façon sinon parfaite, du moins possible,

Parmi la première catégorie de malades, parmi les infirmes, l'infirmité qu'ils présentent se manifeste à des degrés variables et dans des genres différents : certains de ces malades ne peuvent se tenir debout, mais peuvent s'asseoir ; d'autres, au contraire, sont dans l'impossibilité absolue de se plier suffisamment pour s'asseoir.

Dans ces cas de déformations graves, il existe des types extrêmement complexes et qui échappent à toute description clinique (asymétrie dans les attitudes, différence de longueur considérable entre les deux membres inférieurs, déformations atypiques, etc.). Les malades qui en sont atteints se traînent avec des béquilles et, même avec cet appui, ont une marche pénible et laborieuse.

A côté de ces cas atypiques existent des types de déformations également très graves, entraînant, eux aussi, l'infirmité, mais étant en quelque sorte symétriques et pouvant être ramenés à des types de description définie.

On peut, avec M. Ménard, en décrire six :

1^{er} CAS. — *Ankylose des deux hanches avec bonne attitude et longueur égale des deux membres inférieurs.*

2^e CAS. — *Luxation bilatérale avec mobilité des deux hanches et longueur à peu près égale des deux membres inférieurs.*

3^e CAS. — *Luxation des deux hanches en mauvaise attitude avec flexion et adduction.*

4^e CAS. — *Ankylose bilatérale avec adduction des deux cuisses qui passent l'une au devant de l'autre en se croisant comme les branches d'une paire de ciseaux (scissors legged).*

5^e CAS. — *Asymétrie des deux membres inférieurs.*

6^e CAS. — *Ankylose des deux hanches avec rotation en dehors très accentuée des deux membres inférieurs.*

1^{er} CAS. — **Ankylose des deux hanches avec bonne attitude et longueur égale des deux membres.** — M. Kirmisson (1) rappelle l'observation de Damaschino. « Il s'agissait d'un jeune homme (2) de 29 ans qui, à l'âge de 15 ans, avait présenté, à la suite d'une fièvre typhoïde, une coxalgie double. Il y avait chez lui une ankylose complète des deux membres inférieurs dans l'extension. Le malade pouvait néanmoins marcher sans béquilles, et même assez vite, grâce à des mouvements de latéralité très prononcés qui s'étaient développés par l'exercice dans le genou droit. »

Et M. Kirmisson ajoute :

« C'est ainsi, en effet, que les choses passent dans les cas où les membres inférieurs restent au parallélisme ; pendant la marche, le malade imprime à son bassin des mouvements alternatifs d'ascension, à l'aide des muscles spinaux, absolument comme les enfants qui sont atteints de paralysie infantile des membres inférieurs ; en même temps la mobilité conservée des genoux permet

(1) KIRMISSON, *Les difformités acquises de l'appareil locomoteur*, p. 160.

(2) DAMASCHINO, *Gazette des hôpitaux*, 1881, p. 802.

« la projection en avant des membres inférieurs, et la
« progression à pas lents ; plusieurs fois, dans des cir-
« constances semblables, j'ai pu constater une mobilité
« exagérée du genou. »

Dans son article sur la coxalgie double, M. Ménard, au sujet de cette attitude, écrit :

« Cet état est celui de trois de nos malades définitive-
« ment guéris. C'est aussi le cas d'une fillette de 14 ans
« guérie de sa coxalgie double qui a succombé à une ap-
« pendicite.

« Chez ces malades la marche est possible ; la station
« assez difficile.

« Du fait de la double ankylose coxale, les mouvements
« utiles à la marche n'appartiennent plus qu'au genou et
« au cou-de-pied.

« Le type de la marche en devient spécial.

« Le malade se sert seulement de ses genoux et de ses
« cou-de-pied. Pour exécuter le pas, on le voit s'élever
« sur la pointe du pied posé ; le cou-de-pied s'étend et le
« genou se fléchit, en même temps que la jambe oscillante,
« en complète extension sur la cuisse, se porte en avant
« puis reçoit le poids du corps. L'effort de la marche ap-
« partient surtout au cou-de-pied.

« La jambe oscille au-dessous du genou, à peu près
« comme à l'état normal la cuisse oscille au-dessous de la
« hanche. Les pas sont courts, on le conçoit, ils s'accom-
« pagnent de fortes oscillations du tronc à droite et à gau-
« che. Le mouvement de balancier des bras est très ac-
« centué. On ne manque pas d'être frappé de la facilité
« relative avec laquelle les malades marchent sur les

« membres inférieurs dont la partie active est raccourcie
« de moitié.

« La difficulté avec laquelle la jambe oscillante se porte
« en avant par l'effet de l'extension du cou-de-pied exposé
« a une conséquence un peu inattendue. L'oscillation n'a
« pas lieu directement en avant, le malade s'efforce de
« porter la jambe oscillante en dehors en même temps
« qu'en avant. Cette jambe fauche. Il en résulte à la lon-
« gue un certain degré de dislocation du genou et de dé-
« viation en genu valgum. Le genu valgum est fréquem-
« ment observé dans la coxalgie double. »

Cette question de la gêne fonctionnelle qu'entraîne une double ankylose en rectitude tant au point de vue de la marche que la station assise, avait surtout fait l'objet de la monographie que nous avons publiée mon ami Guillaume Louis et moi.

Nous avons essayé, photographies à l'appui, de décomposer chacun des temps de la marche si caractéristique des malades porteurs d'une double ankylose.

Nous prenions comme type une petite malade (Fr. obs. I), chez laquelle les deux hanches étaient ankylosées en assez bonne attitude, rectitude presque absolue (légère flexion) et symétrie des deux membres.

MARCHE. — On peut dire qu'au point de vue de la mécanique articulaire, chacun de ses membres inférieurs ne commence qu'au genou.

La soudure du fémur au bassin maintient les deux genoux fixés l'un près de l'autre à tous les temps du pas, et celui-ci ne s'effectue que grâce à des mouvements de suppléance dans le genou, le cou-de-pied et aussi dans le bassin.

Ce qui attire l'attention lorsqu'on fait marcher la petite malade devant soi, c'est cette démarche toute spéciale, dont le centre de mouvement est au genou. « *Ces malades marchent avec les genoux* » (Ménard). De plus, par suite du peu d'amplitude des mouvements, la marche s'effectue avec lenteur, avec effort, à *tout petits pas*.

Nous avons cherché à étudier de plus près cette démarche toute spéciale de la coxalgie double guérie avec ankylose, en nous plaçant au point de vue de la décomposition mécanique du pas. Nous avons pensé qu'il ne serait pas inutile de résumer en quelques mots l'étude du pas normal, de façon à établir ensuite une comparaison entre l'état sain et l'état malade et d'en déduire les différences.

Nous nous sommes reporté à l'épure de Marey, qui représente les oscillations du membre inférieur d'un homme en marche.

C'est cette épure qu'il faut commenter pour s'expliquer le pas, période pendant laquelle l'un des membres partant de la position d'appui y revient, après avoir effectué une oscillation autour de l'articulation coxo-fémorale. Lorsque le pas est régulier, ces périodes se succèdent, égales à elles-mêmes, une seule suffira donc à notre description.

Au début du pas, l'une des jambes, *jambe portante ou active*, est située au-dessous du centre de gravité du corps ; le pied appuyé sur le sol par toute la surface plantaire, l'articulation étant dans l'extension. Puis l'articulation coxo-fémorale étant portée en avant, sans que le pied ait quitté le sol, le membre devient de plus en plus oblique, c'est-à-dire — et nous insistons sur ce point — se place en *hyperextension sur le bassin*, l'articulation du genou lé-

gèrement fléchié : « le pied se déroule sur le sol comme un secteur de la jante d'une route de voiture en marche » (Marey). Puis, le pied quitte le sol par sa pointe, la jambe devient oscillante, à la manière d'un pendule, articulé en son milieu, autour de l'articulation coxofémorale. La verticale est dépassée dans cette oscillation, la cuisse *fléchit sur le bassin*, point important sur lequel nous appelons encore l'attention ; la jambe, elle, s'étend de plus en plus sur la cuisse, jusqu'au moment où le pied prend contact sur le sol avec le talon. Le mouvement s'achève dans l'articulation tibio-tarsienne.

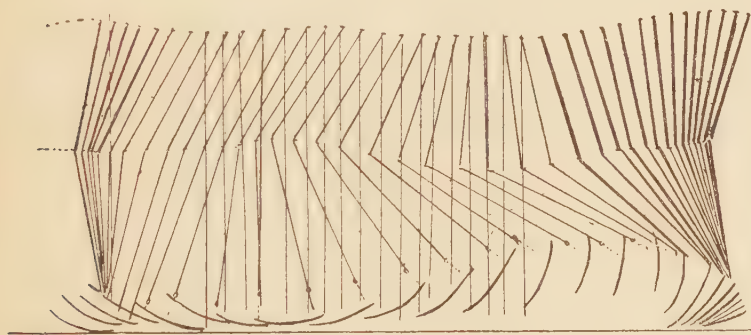


Fig. 1 (Marey). — Pas normal.

De cette description du pas normal que nous venons de faire, ce qu'il faut surtout retenir, c'est qu'il existe une oscillation du membre ayant comme extrêmes, d'une part, une hypertension, d'autre part, un mouvement de flexion.

Dans les coxalgies doubles ankylosées, il est évident que la cuisse, soudée au bassin, ne saurait avoir le même mouvement pendulaire. Aussi est-il forcé de s'établir des mouvements de compensation du bassin et du genou. Les photographies, que, sur les conseils de M. Ménard, nous

avons fait tirer, montrent ce que nous voulons dire. Lorsque la jambe portante ou active commence à être ramenée en avant, l'hyperextension de la cuisse sur le bassin que nous avons signalée dans le pas normal ne saurait exister (ankylose). Le malade y supplée par une flexion exagérée du genou, le pied reposant sur le sol par sa pointe. Lorsque le pied est détaché du sol et que le membre est devenu oscillant, nous avons vu qu'à l'état normal ce mouvement avait comme limite un degré de flexion assez marqué de la cuisse sur le bassin. Chez le coxalgique double, il ne saurait en être ainsi. Aussi, y a-t-il encore ici une nouvelle suppléance, cette fois par le bassin qui exécute un véritable mouvement de torsion, exécuté dans les articulations vertébrales. L'épine iliaque correspondante est portée sur un plan antérieur à l'autre ; le pied décrit un arc correspondant.

Ainsi s'ébauche un léger mouvement de faux, dans lequel le pied traîne sur le sol sur son bord interne pour prendre enfin appui par toute la voûte plantaire.

Pendant que s'exécute ce mouvement de faux, le malade s'élève sur la pointe du pied opposé (membre appui), de façon à l'allonger et à permettre au membre oscillant de passer la verticale. Le pas est ainsi achevé ; naturellement ces mouvements sont peu étendus et une autre caractéristique de ce pas, qui découle également de la double ankylose, est sa faible amplitude : le malade marche à petits pas.

Le graphique que nous reproduisons ici explique bien, schématiquement, la description que nous venons de donner du pas du coxalgique double ankylosé.

Nous avons représenté uniquement, dans notre premier plan vertical, l'oscillation d'une jambe quelconque, la droite, par exemple, depuis le moment où, partant de la période du repos, elle y revient.

Au-dessous nous avons projeté sur un plan horizontal les mouvements du pied oscillant.

Sur notre tracé vertical, on voit nettement que, pendant l'oscillation du membre, il existe trois temps :

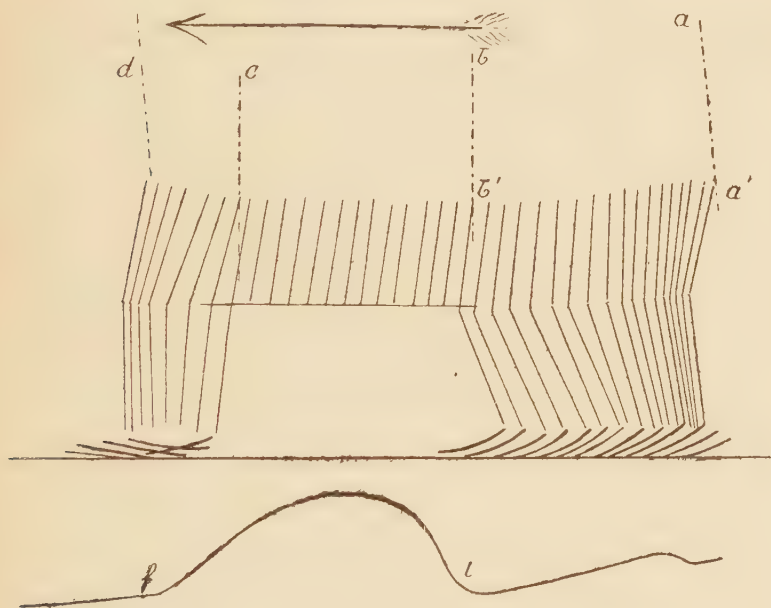


FIG. 2. — Marche du coxalgique double.

1^{er} Temps (*ab* de la figure). — C'est le début du pas. On voit, sur notre graphique, qu'à ce moment le tronc *aa'* est légèrement incliné en avant, son axe faisant avec celui du fémur un angle hypothétique de 80° environ. Remarquons dès maintenant, que l'inclinaison du tronc n'est pour rien

dans cet angle. De par l'ankylose coxo-fémorale, celui-ci, pendant tout le pas, est invariable, quelle que soit la position du tronc.

Le *genou*, à ce moment, se fléchit pour suppléer, nous l'avons dit, à l'impossibilité de l'extension de la cuisse sur le bassin, c'est ce que nous montre notre tracé.

Le *pied*, qui portait sur le sol par le talon des doigts, se dérobe et quitte le sol par la pointe. On arrive alors à la période suivante *bc*.

2^e Temps (période *bc*). — Le *tronc*, à ce moment, est vertical, *bb'* faisant toujours avec le fémur son angle fixe hypothétique de 80° environ. Le bassin est soulevé, l'épine iliaque portée en avant.

La *jambe* alors décrit le mouvement de faux dont nous parlons dans notre description. C'est également à ce moment que le malade se hisse, en quelque sorte, sur la pointe du pied opposé, pour permettre à ce mouvement de faux de s'accomplir plus facilement. C'est ce mouvement, impossible à représenter dans un plan vertical, que l'on voit projeté sur un plan horizontal (*ef*, jambe droite) au-dessous de notre graphique vertical.

Dans cette période *bc*, le fémur, sur notre tracé vertical, reste toujours parallèle à lui-même, étant donné qu'il se meut autour d'un axe vertical passant par le talon opposé, et on arrive ainsi à la période suivante, *cd*.

3^e Temps (période *cd*). — Le *genou* s'est étendu ; c'est la seule articulation qui soit mobile ; le malade marche avec le genou. La *jambe* se place alors presque dans le prolongement de la cuisse. Le *pied* prend contact avec le sol, d'abord par la pointe et le milieu de la voûte plantaire, pour appuyer ensuite le talon.

Dans un véritable mouvement de salutation, le tronc s'incline, faisant toujours un angle invariable avec le fémur pour revenir à la position *aa'*. Et le pas recommence, la même oscillation se passant alors dans la jambe gauche, la droite devenant maintenant portante.

STATION ASSISE. — Les cuisses étant maintenues droites et ne pouvant être pliées, les malades ne peuvent s'asseoir. Ils arrivent, par artifice, à s'asseoir d'une façon spéciale, en repliant les jambes sous la chaise, et en se tenant tout à fait au bord de celle-ci. En réalité, ils s'appuient plutôt qu'ils ne s'assoient. En résumé, l'ankylose double et rectiligne est une infirmité assez grande malgré la facilité relative de la marche.

Pour s'habiller, ils sont obligés d'avoir recours à des artifices spéciaux.

Pour mettre des bas, ils sont obligés de plier la jambe sur la cuisse, de prendre par derrière leur pied, qu'ils glissent à tâtons dans leurs bas.

Pour mettre leurs souliers, ils sont forcés de répéter la même manœuvre. Tous ces actes ne se font pas d'ailleurs sans exiger de grands efforts.

Enfin nous ne terminerons pas ce chapitre de pronostic sans rappeler que, dans la coxalgie double, d'autres fonctions peuvent encore être entravées, en particulier les fonctions génito-urinaires et la défécation.

On a signalé des troubles urinaires et des irritations vulvaires pouvant entraîner des infections génito-urinaires.

Ne nous occupant ici que des enfants, nous laissons de côté le pronostic au point de vue sexuel ; mais on conçoit

que le coït et l'accouchement soient plus tard gênés ; ils peuvent même être impossibles.

2^e CAS. — **Luxation bilatérale, avec mobilité des deux hanches et longueur à peu près égale des deux membres inférieurs.** — C'est certainement, au point de vue fonctionnel, le cas le plus favorable. La démarche est très disgracieuse. Ces malades boitent affreusement, presque autant que ceux atteints de luxation congénitale double, sans toutefois atteindre une aussi grande étendue dans les mouvements.

STATION DEBOUT. — L'aspect est caractéristique. Une forte ensellure lombaire compense la flexion de la cuisse sur le bassin. Le genu valgum, sur lequel nous reviendrons, est constant, car l'adduction, tout en étant légère, est de règle. Il existe, de plus, un *raccourcissement des membres inférieurs* qui donne aux malades un aspect particulier *simiesque*, résultant de la destruction du rapport normal entre la longueur du tronc et celle des membres inférieurs, plus courts que chez un sujet normal. Les mains descendent très bas. Les bras paraissent trop longs.

MARCHE. — Elle est pénible, souvent douloureuse.

Lorsqu'une de ces malades marche, il se produit un double mouvement de déhanchement, spécial à tous les cas dans lesquels il y a double insuffisance du moyen fessier (Ducrocquet).

STATION ASSISE. — Elle est, en général, possible sinon facile.

Les mouvements, assez limités, permettent un certain degré de flexion et d'adduction. Aussi, toutes les fonctions sont-elles possibles, et, nous le répétons, ce sont les cas les plus favorables au point de vue fonctionnel.

Nous ne pouvons, du reste, mieux faire que de citer le passage où M. Ménard traite ce point :

« Nous avons observé deux malades guéris imparfaitement de leur coxalgie puisqu'ils conservaient des fistules et affectés de cette déformation, à peu près symétrique. Les deux hanches, fortement luxées, sont mobiles dans une notable étendue. Les cuisses fléchies et rapprochées l'une de l'autre, les deux genoux légèrement déviés en genu valgum.

« La marche de ces malades rappelle celle de la luxation congénitale dans sa forme grave. Ils se tiennent très difficilement sur un seul des membres inférieurs. L'appui d'une canne ou d'une béquille leur est nécessaire. Ils s'avancent très péniblement avec un déhanchement très prononcé ; et si on les observe de près, on s'aperçoit que la mobilité de la hanche est à peu près insensible dans la marche, beaucoup moindre en tout cas que dans la luxation congénitale.

« Le rôle des genoux et des cou-de-pied est encore prédominant. La claudication est si accentuée et si laborieuse que les malades conservent l'usage des béquilles. »

3^e CAS. — **Luxation des deux hanches en mauvaise attitude avec flexion et adduction.** — L'une des malades de M. Ménard représente ce type. Les deux hanches luxées sont peu mobiles : les deux cuisses fléchies et en adduction, rapprochées l'une de l'autre, les deux jambes déviées en dehors en genu valgum. Cette malade guérie depuis plusieurs années, après avoir eu un abcès de chaque côté avait subi à trois reprises l'opération de l'ostéotomie sous-trochantérienne, deux fois d'un côté, une fois de l'autre.

Le résultat obtenu est très imparfait en raison même de la mobilité des hanches ou même par défaut d'ankyloses solides.

La déviation en adduction avec flexion s'est reproduite. La station debout est possible, mais surtout la malade se tient facilement assise. Quant à la marche, elle est très laborieuse et exige l'usage d'une canne pour le moins.

D'habitude la jeune fille se sert de deux béquilles.

4^e CAS. — Ankylose bilatérale avec adduction des deux cuisses qui passent l'une au devant de l'autre en se croisant comme les branches d'une paire de ciseaux. — Ridlon a décrit cette difformité, M. Ménard en a observé un cas.

M. Kirmisson, dans son livre sur les *Difformités acquises*, dit à ce sujet :

« Lorsque l'attitude vicieuse résulte de l'adduction des
« membres inférieurs qui s'entrecroisent l'un au devant
« de l'autre, la marche est alors rendue extrêmement dif-
« ficile : elle ne peut s'exécuter que grâce à des mouve-
« ments de rotation du bassin autour de l'axe vertical qui
« projettent alternativement en avant chacune des épines
« iliaques antérieures et supérieures. Pour que ces mou-
« vements puissent aboutir à la progression du tronc, il
« faut nécessairement qu'ils s'accompagnent de mouve-
« ments anormaux de latéralité qui permettent à chacun
« des membres inférieurs de se placer alternativement au
« devant de l'autre. Il est extrêmement intéressant d'étu-
« dier comment s'opère ce mouvement. Le malade veut-il
« porter en avant le membre inférieur gauche, par exem-
« ple, il incline le tronc vers la droite, de façon à faire
« porter entièrement le poids du corps sur le membre in-

« férieur droit, puis il imprime au membre inférieur gau-
« che un mouvement de rotation autour du membre droit
« resté immobile, mouvement pendant lequel le malade,
« détachant le talon du plan du sol, s'élève sur la pointe
« des orteils ; on voit par là que la démarche n'est pas sans
« analogie avec celle de la paralysie spasmodique. Quand
« le malade est au repos, les membres sont entrecroisés de
« telle façon que les orteils de chacun des pieds sont diri-
« gés vers la ligne médiane. »

Cette démarche et cette attitude spéciale ont été décrites par les auteurs anglais sous le nom de membres en croix ou en ciseaux (*cross legged progression*, *scissor legged deformity*). M. Lucas qui en rapporte deux exemples se demande quelle est la pathogénie de cette variété particulière de déformation. La cause en est-elle dans la tendance naturelle à l'adduction au cours de la coxalgie ; ou bien faut-il y voir une position prise instinctivement par le malade comme étant l'attitude la plus favorable pour la marche ? c'est à cette hypothèse que s'arrête l'auteur (1).

A quelque pathogénie que l'on s'arrête, les malades atteints d'une telle déformation sont de véritables infirmes. Nous verrons au traitement, comment il est possible de les améliorer.

3^e CAS. — **Asymétrie des deux membres inférieurs.** — M. Ménard a observé chez deux malades une notable différence de longueur entre les deux membres.

« Une malade de Berck est atteinte de coxalgie droite
« à l'âge de 4 ans. Cazin la soigne, elle guérit.

(1) M. LUCAS, *On cross legged progression*, *Transact. of the clinical Society*, 1881, p. 20.

« A l'âge de 16 ans survient une coxalgie gauche qui,
« après un début aigu se complique d'abcès, puis de fistule, et au bout de 4 ans finit par guérir. Mais la jambe
« gauche est de 10 centimètres plus longue que la droite.

Le deuxième cas est à peu près comparable. L'un et l'autre entraîne une impotence marquée, et la marche n'est possible qu'à l'aide de béquilles.

6° CAS. — **Ankylose des deux hanches avec rotation en dehors très accentuée des deux membres inférieurs.** — Ollier, dans son *Traité des résections* t. III, p. 86, rapporte une observation de Studenski, de Kazan (*Centralblatt für Chirurgie*, 1895). La malade, une jeune fille de 21 ans, était atteinte d'ankylose double de la hanche depuis 7 ans. Les cuisses étaient fléchies à angle droit, en abduction, leur face interne regardant en avant et en dedans, et les bords internes des pieds se trouvant sur le même plan que la face antérieure du corps.

Voici l'observation de M. Ménard :

« Un garçon de 16 ans est entré à l'hôpital payant en
« 1899, avec une coxalgie double et un mal de Pott compliqué de paraplégie totale.

« La paraplégie a guéri spontanément au bout d'une
« année environ. Les deux coxalgies paraissaient déjà
« guéries au moment de l'entrée ; elles avaient été antérieurement traitées par le repos et l'extension continue.
« Aucune précaution n'avait été prise pour empêcher la
« rotation externe des membres, qui atteignait près de
« 90° de chaque côté. Le bord externe de chaque pied
« s'appliquait sur le plan du lit, et les rotules regardaient
« l'une et l'autre en dehors, de telle sorte que la flexion et

« l'extension de chaque jambe pouvaient se faire sur le
« plan du lit sans soulever le genou.

« Lorsqu'après la guérison de la paraplégie il est devenu
« possible de mettre le malade debout, la rotation des
« deux jambes en dehors a opposé un obstacle absolu à la
« marche. Le malade veut-il avancer le pied droit pour
« faire un pas, ce pied s'avance à droite et non en avant.
« De même le pied gauche se porte à gauche. En sorte
« que les deux jambes tendraient à s'avancer de côté au
« lieu d'aller en avant.

« La station debout est elle-même à peine possible.

« Pour rendre la difformité moins grave, nous avons
« pratiqué l'ostéotomie sous-tranchérienne. L'opération a
« été faite des deux côtés dans la même séance. Après
« guérison, la rotation externe a été corrigée d'une manière
« satisfaisante. Le malade s'est mis à marcher avec les
« genoux, en continuant toutefois à se servir habituellement
« de béquilles. »

§ 3. — Déviations compensatrices du genou, du pied et de la colonne vertébrale.

Nous avons signalé, dans les pages qui précèdent, la fréquence des déviations de la colonne vertébrale et du genou au cours de la coxalgie double. Ces déviations méritent qu'on s'y arrête plus longuement : elles obéissent, dans leur formation, à une véritable loi basée sur la solidarité fonctionnelle et anatomique qui unit entre eux les différents segments d'un membre.

Toutes ces déviations ont pour but de corriger l'attitude

vicieuse de la hanche, de façon à mettre les membres inférieurs dans une position adéquate à leur fonction dans la statique et dans la marche.

Déviation de la colonne vertébrale. — Elles ne diffèrent pas de celles que l'on observe au cours d'une coxalgie simple ou au cours d'une luxation congénitale.

A la flexion de la cuisse sur le bassin, correspond une lordose compensatrice.

A l'adduction, une scoliose à convexité tournée du côté opposé.

A l'abduction, une scoliose à convexité tournée, au contraire, du côté malade.

Déviation du genou et du pied. — D'une façon générale, on peut dire que :

A l'adduction correspond le *genu valgum*.

A l'abduction, le *genu varum*.

C'est ce que déjà avait remarqué Bonnet.

Dans son traité, il signale incidemment cette difformité du genou :

« Si, dit-il, dans la flexion avec abduction et rotation en dehors, on remarque bien la position où se trouve le membre coxalgique, on voit qu'il repose sur le côté externe du talon et que le genou n'est pas soutenu en dehors. Il y a, dans ce cas, distension du ligament latéral externe, compression des surfaces articulaires en dedans et tendance à la luxation du tibia en dehors et en arrière.

« Au contraire, dans les cas où le membre coxalgique est en adduction et rotation interne, le ligament latéral interne est distendu, et il y a compression en dehors des surfaces osseuses de l'articulation. »

En ces quelques lignes, Bonnet avait nettement posé le fait clinique dont il avait tenté l'explication. Dans la coxalgie, il y a une dystrophie portant sur toutes les parties constituantes du membre (peau, poils, tissu cellulaire); cette dystrophie atteint profondément les os, les muscles; eile n'épargne pas les ligaments; c'est grâce à elle que se produit le relâchement ligamenteux, expliquant l'exagération des mouvements de latéralité du genou dans la coxalgie.

C'est donc aussi grâce à elle que, pour corriger les attitudes vicieuses de la cuisse sur la jambe, le genou se déforme et se place dans la position la plus favorable à la marche ou à la station debout.

Dans un article récent, publié dans la *Revue d'Orthopédie* (mai 1904), MM. Patel et Cavaillon (de Lyon) ont repris, en détail, l'étude des phénomènes de compensation qui se produisent au cours des ankyloses coxo-fémorales, dans le segment sous-jacent du membre inférieur.

En ce qui concerne le *genou*, ils arrivent aux conclusions suivantes :

Les modifications observées sont, les unes d'ordre anatomique et relèvent de la situation que l'ankylose a assignée au fémur, les autres sont fonctionnelles et n'ont d'autre but que de rendre au membre une mobilité dont l'articulation coxo-fémorale est privée.

1° *Modifications d'ordre anatomique ou statique.* — Sous cette dénomination, MM. Patel et Cavaillon comprennent les changements de forme survenus dans le squelette du membre inférieur à la suite de l'ankylose coxo-

fémorale, sans se préoccuper des mouvements qui se passent au niveau des différentes articulations.

Sur les 4 observations qu'ils rapportent, une d'elles concerne un cas de coxalgie double (voir aux observations, l'obs. XXXIII).

Parmi ces troubles, les uns paraissent se rattacher au raccourcissement du membre inférieur, d'autres à la mauvaise position du segment fémoral.

a) *Au raccourcissement*, plus prononcé d'un membre, correspond de ce même côté la formation de l'*équinisme*, du pied creux et d'un certain degré de rotation externe du pied (Dans l'observation citée par MM. Patel et Caillaillon, ces deux membres étant égaux ces modifications n'existent pas, mais il est facile de les constater dans d'autres cas où les membres sont inégaux).

b) A l'*adduction* du fémur paraissent liées une grande partie des déformations fémoro-tibiales.

Le *genu valgum*, permet au malade de reporter son pied suffisamment en dehors de l'axe du corps, pour que la station debout soit possible.

Le *genu valgum* paraît dû, d'après ces auteurs, à une modification du condyle interne du fémur. Celui-ci semble avoir tourné autour de son axe vertical de façon à amener sa face antérieure légèrement en dedans, en entraînant également la rotule.

« Parfois même lorsque l'adduction est très prononcée,
« la formation d'un *genu valgum* même très accusé ne
« suffit plus et l'on assiste au déplacement en masse de
« l'extrémité supérieure du tibia qui arrive à glisser au
« dehors, tendant à s'échapper au-dessous des condyles

« fémoraux. Aussi est réalisée une *subluxation* externe
« du tibia qui donne au genou, lorsqu'elle est associée à
« la luxation postérieure, comprenant la flexion, l'aspect
« du *genou en baïonnette*.

« Sous la dépendance du *genu valgum* et le complé-
« tant, vient se placer une modification dans l'*orientation*
« de l'*extrémité inférieure du tibia* : celle-ci paraît avoir
« subi une rotation en sens inverse et de valeur égale à
« celle qui a été signalée pour l'extrémité inférieure du
« fémur. La mortaise tibio-péronière regarde plus en de-
« hors que l'extrémité supérieure du tibia ; la voûte tibiale
« paraît dessiner une S italique, dont la concavité inférieure
« est dirigée en dedans. Le pied suit les mouvements de
« l'extrémité inférieure du tibia ; sa pointe est devenue
« très nettement externe ; cette rotation jointe à l'équi-
« nisme forme une sorte de valgus équin qui reporte en-
« core plus en dehors le point d'appui que doit offrir nor-
« malement un membre inférieur.

« En somme, la compensation de l'adduction fémorale,
« dans une ankylose de la hanche, est fournie par le *genu*
« valgum, d'origine fémorale, la rotation externe de l'ex-
« trémité inférieure du tibia et le déjettement du pied en
« dehors. »

c) A l'*abduction*, correspond du *genu varum* et le report
du pied en dedans.

b) A la *flexion*, qui tendrait à porter en avant le centre
de gravité, correspond, outre l'ensellure lombaire, des
modifications du fémur et du tibia destinées à reporter le
pied en arrière.

Pour ce faire l'*extrémité inférieure du fémur* s'enroule

autour d'un axe transversal passant par le centre des condyles.

L'extrémité supérieure du tibia subit une inflexion à concavité antérieure (*tibia recurvatum*).

De plus, il se fait une véritable *subluxation postérieure*, la partie articulaire du tibia glissant en arrière des condyles fémoraux.

Associée au genu valgum, cette déformation donne le *genou en baïonnette*.

2° *Modifications d'ordre fonctionnel*. — Elles donnent, au sujet, la possibilité de rendre à son membre inférieur une partie de ses mouvements. « Il crée une nouvelle mobilité au niveau du genou et du pied, laquelle permet la projection en dehors et en avant de l'extrémité inférieure du membre nécessaire pour la marche.

Au niveau du genou, elles sont de deux ordres : mouvements de latéralité, mouvements de rotation autour de l'axe longitudinal de la jambe.

Au niveau du pied, tous les mouvements normaux de rotation et de latéralité sont considérablement augmentés dans toutes les articulations ; au-dessous de la mortaise tibio-péronière, le pied peut ainsi se déplacer en masse (Patel et Cavaillon).

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

§ 1. — **Traitement de la coxalgie double en évolution.**

Ce traitement ne diffère pas, dans ses lignes générales, de celui à instituer au cours d'une coxalgie unilatérale.

Nous ne ferons que signaler l'importance des soins destinés à améliorer l'état général de tels malades (vie au bord de la mer, suralimentation, huile de foie de morue, préparations arsenicales, etc.).

Nous n'insisterons pas non plus sur le traitement des abcès. La méthode est la même que pour tous les abcès froids (ponction suivie de l'introduction d'un liquide modificateur dans la poche). Ici, plus qu'ailleurs, il faudra redoubler de précautions aseptiques lorsqu'on pratiquera une ponction. La mortalité relativement élevée par infection secondaire des malades atteints de coxalgie double, prouve à l'excès qu'on ne saurait s'entourer de trop de rigorisme dans l'asepsie.

En ce qui concerne plus spécialement la coxalgie double, le plus souvent la première coxalgie est traitée quand la seconde se déclare. Celle-ci bénéficie du traitement de celle-là.

On pourrait espérer que, prise pour ainsi dire dans

l'œuf, la seconde coxalgie guérira par *restitutio ad integrum*. Ces cas sont malheureusement exceptionnels : M. Ménard en cite un sur 35 cas.

L'ankylose est, en général, impossible à éviter.

Au moins doit-on s'appliquer à ce qu'elle se passe dans les meilleures conditions possibles pour l'avenir du malade.

L'adduction accompagnée de rotation interne, l'inversion, selon l'expression du professeur Kirmisson, a une tendance très marquée à se produire ; elle devra être évitée avec soin, car, ainsi que nous l'avons vu plus haut, elle constitue une attitude vicieuse des plus gênantes. M. Hulleu (1) (Voir à la fin de thèse obs. XXXII) a imaginé, pour lutter contre l'adduction, un dispositif des plus ingénieux. Il consiste à appliquer l'appareil suivant : au niveau de chaque genou, il place, au moyen d'une bande plâtrée, maniée comme dans la confection du lit plâtré de Lorenz, une demi-gouttière intimement moulée sur la face interne du membre. Cette gouttière une fois sèche et solide, il prend pour chaque côté un long drain de caoutchouc qu'il fait passer en anse en dedans de la gouttière et dont les deux chefs réunis sont noués à la traverse latérale du lit.

Combiné avec une extension continue bilatérale, ce procédé de contre-adduction élastique a donné, dans un cas, un excellent résultat à son inventeur (obs. XXXII). En résumé, on peut dire que lorsque les deux coxalgies peuvent être prises au début, le traitement doit :

1° S'appliquer à conserver la mobilité d'un côté, tout au moins (*restitutio ad integrum*) ;

(1) *Revue d'Orthopédie*, 1904.

2° Lutter contre l'adduction si l'affection marche vers l'ankylose double.

§ 2. — **Traitement de la coxalgie double guérie.**

Depuis longtemps, la difformité définitive qu'entraîne la coxalgie double a préoccupé les chirurgiens à cause des troubles physiologiques qui en résultent, et surtout au point de vue des interventions opératoires qui lui sont applicables.

Nous avons vu plus haut que la coxalgie double peut guérir en déterminant des attitudes variables dont les unes sont compatibles avec une certaine activité fonctionnelle et dont les autres entraînent une impotence absolue.

Quel qu'ait été le traitement antérieur, la guérison anatomique du double foyer coxal laisse toujours persister un certain degré d'infirmité.

Et, disons-le de suite, un traitement orthopédique, aussi bien appliqué soit-il, n'arrivera jamais à transformer entièrement ce pronostic.

Le but du chirurgien doit être de réduire au minimum cet état d'infirmité. Il serait téméraire, quelquefois nuisible, de vouloir trop bien faire. Dans certains cas, même, il est préférable de s'abstenir de toute intervention.

Il nous paraît que la complexité très grande des cas peut être ramenée au point de vue thérapeutique à trois classes.

- 1° *Cas dans lesquels on ne doit pas intervenir ;*
- 2° *Cas dans lesquels on doit intervenir toujours ;*
- 3° *Cas dans lesquels l'intervention ne s'impose pas absolument et peut être discutée.*

1^o **Cas dans lesquels on ne doit pas intervenir.** — Les coxalgies doubles qui ne doivent pas être opérées sont celles qui ont guéri avec luxation bilatérale, sans adduction trop marquée, sans inégalité des deux membres inférieurs avec un certain degré de mobilité dans les deux hanches, et chez lesquelles les déviations compensatrices de la colonne vertébrale, du genou et du pied permettent la marche et la station debout.

Certes, les malades guéris dans cette position ne sont pas ingambes. Leur démarche est très disgracieuse (V. plus haut), pénible, douloureuse souvent ; ils ont besoin, en général, de s'appuyer sur deux cannes. Mais, grâce à la mobilité, même minime, conservée dans ces deux hanches, ils peuvent s'asseoir, écarter légèrement les cuisses. En un mot, ils compensent suffisamment leurs attitudes vicieuses pour conserver une certaine activité fonctionnelle. Toute intervention ne pourrait être que nuisible.

2^o **Cas dans lesquels l'intervention s'impose.** — Il ne faut pas hésiter, au contraire, à intervenir dans les cas de difformité grave, telle que celle décrite sous le nom de jambes en ciseaux (V. plus haut).

3^o **Cas dans lesquels l'opportunité de l'intervention peut être discutée.** — a) *Adduction bilatérale* marquée, sans entrecroisement, accompagnée d'une inégalité très accusée des deux membres. Ce sont des cas dans lesquels la marche est très pénible, impossible sans l'aide de béquilles, et qui nécessitent le port d'un soulier à talon haut.

b) *Ankylose en rectitude.* — Nous avons vu, dans l'étude clinique, que les malades guéris dans une telle atti-

tude, grâce à la laxité extrême des articulations du genou et du cou-de-pied, avaient une démarche, sinon facile, du moins possible, sans beaucoup de claudication, et le plus souvent sans douleurs.

En revanche, la position assise est presque impossible et certaines fonctions s'accomplissent très difficilement (action de s'habiller, défécation, etc...). Chez les petites filles, une question primordiale se pose en ce qui concerne leur avenir sexuel. Une ankylose double, très serrée et en rectitude constitue, en effet, un obstacle presque insurmontable à l'accouchement.

Les chirurgiens ne sont pas tous d'accord sur l'opportunité d'une intervention dans ces cas.

Les non-interventionnistes invoquent la facilité relative de la marche, la claudication minime et la sécurité, au point de vue des récidives que donne une ankylose serrée, sans mouvements. Ils mettent en parallèle les résultats souvent aléatoires, quelquefois déplorables, que donne la résection de la hanche, seule opération, jusqu'à ces dernières années, pratiquée dans le but de procurer une certaine mobilité.

Les interventionnistes insistent sur l'infirmité que crée une double ankylose coxo-fémorale. Supportable chez l'enfant, elle devient intolérable chez l'adulte, dangereuse chez la femme, à cause de l'impossibilité de l'accouchement.

Sans prendre parti, il nous semble que, certaines opérations orthopédiques pratiquées depuis peu permettent d'envisager la question sous un nouveau jour : nous voulons parler des ostéotomies énarthrodiales et des ostéoto-

mies avec interposition musculaire, destinées les unes et les autres à créer des pseudarthroses, à mouvements limités mais suffisants peut-être à l'accomplissement de certaines fonctions. Ces opérations sont d'une pratique trop récente pour que l'on puisse porter à leur égard un jugement définitif. Nous renvoyons, pour plus de détails, à la thèse du D^r Huguier (1905) (V. bibliographie). Nous citons, à la fin de nos observations celles empruntées à cet ouvrage, concernant la coxalgie double.

§ 3. — Conclusions. — Procédés opératoires.

En résumé, quel que soit le degré de difformité qu'entraîne la guérison anatomique du double foyer coxal, on peut dire que le traitement orthopédique de ces attitudes vicieuses devra poursuivre un double but :

- 1^o Rétablir le parallélisme des membres inférieurs ;
- 2^o Créer un certain degré de mobilité dans les deux hanches, ou tout au moins dans une des deux hanches.

A chacun de ces desiderata correspond un certain nombre d'opérations. Nous nous contenterons de les signaler, renvoyant au texte le lecteur qui désirerait en étudier le mode opératoire.

Jusqu'à ces dernières années, la plupart des chirurgiens, suivant l'exemple d'Ollier, Volkmann, Langenbeck, s'étaient ralliés à l'opinion que M. Kirmisson, dans son livre sur les *Difformités acquises de l'appareil locomoteur* formule ainsi : « La conduite qui consiste à pratiquer d'un côté la résection de la hanche, de l'autre, l'ostéotomie sous-trochantérienne dans la double ankylose coxo-fémorale est devenue la conduite classique. »

Lorenz combat cette opinion. « Dans la double ankylose osseuse où il s'agit avant tout d'obtenir une mobilité suffisante, la double ostéotomie pelvi-trochantérienne me semble appelée à se substituer à l'ostéotomie sous-trochantérienne d'un côté, associée à la résection du côté opposé. » Par ostéotomie pelvi-trochantérienne, cet auteur entend l'ostéotomie de l'ankylose elle-même ; d'après lui, on obtiendrait ainsi une véritable pseudarthrose. M. Kirmisson soulève contre cette opération deux objections :

La première, qui s'applique à toutes les résections en ce qui concerne la coxo-tuberculose, est qu'il peut être nuisible d'intervenir sur un foyer tuberculeux mal éteint. La deuxième, est que la mobilité ainsi obtenue doit être peu durable et être suivie, à brève échéance, de la réapparition de l'ankylose.

1° *Opérations destinées à rétablir le parallélisme des deux membres inférieurs.* — Les ostéotomies de l'extrémité du fémur peuvent toutes atteindre ce but.

Parmi le nombre considérable de procédés opératoires, retenons l'*ostéotomie sous-trochantérienne* :

α) *Linéaire.*

β) *Avec emboîtement de la tige fémorale dans une mortaise creusée sur la face postérieure du grand trochanter* (Procédé de Vincent).

γ) *Oblique.* — Procédé de Berger. Permet un allongement du membre.

δ) *Cunéiforme postérieur.* — Procédé Le Dentu. Permet de corriger la flexion.

Les ostéotomies sus-cervicales (Volkmann), *les ostéotomies linéaires du col*, *les ostéotomies intertrochantériennes*

ne sont plus guère employées, sauf indications spéciales.

2° *Opérations destinées à créer un certain degré de mobilité.*

a) *Résections :*

α) *Réséction de la hanche par incision postéro-latérale* (Procédé de Kocher).

β) *Réséction de la hanche avec section préalable et relèvement du grand trochanter* (Procédé dit à tabatière, d'Ollier).

γ) *Réséction de la hanche avec interposition musculaire* (V. Thèse Huguier).

Nous ne discuterons pas ici la valeur opératoire et orthopédique de la réséction de la hanche. La critique en a été faite par de plus autorisés que nous. Nous renvoyons le lecteur à l'article de M. Kirmisson sur ce sujet (1).

b) *Ostéotomies avec pseudarthroses :*

c) *Ostéotomie énarthrodiale* (Volkmann, Sayre), dans laquelle, après section de l'os, on creuse dans le fragment supérieur une sorte de cotyle destiné à recevoir l'extrémité supérieure du fragment inférieur façonné à cet effet, de manière à former ainsi une sorte de néarthrose.

a) *Ostéotomies avec interposition musculaire :*

Ce procédé, décrit et pratiqué pour la première fois par Rochet (de Lyon), a été repris récemment par Huguier dans sa thèse (Paris, 1905).

Nous publions à la fin de nos observations, les observations de Rochet, empruntées à un article de Jourdanet (Lyon), *Revue de chirurgie*, 1900.

(1) *Différences acquises de l'appareil locomoteur.*

En ce qui concerne les ostéotomies énarthrodiales, suivant le procédé de Volkmann, il semble qu'elles n'aient pas rallié la majorité des suffrages. Peu de chirurgiens y ont recours, même dans les ankyloses unilatérales.

Citons M. Kirmisson : « Les différents procédés d'ostéotomie énarthrodiale ayant pour but le rétablissement des mouvements sont beaucoup plus complexes et par là-même, plus dangereux que l'ostéotomie linéaire. »

Et il ajoute, ce qui est particulièrement intéressant ici : « Et d'ailleurs, quoi qu'on fasse, bien souvent le but désiré n'est pas atteint et l'on voit tôt ou tard, en dépit des précautions prises, se reproduire l'ankylose. »

Il est difficile, en revanche, de se prononcer actuellement sur les résultats que donne le procédé de Rochet, repris par Huguier.

Dans les trois observations publiées par Rochet et que nous reproduisons à la fin de cette thèse (V. Observations), les résultats paraissent durables, ce qui serait un avantage sur le procédé de Volkmann, mais insuffisants. Les mouvements de flexion et d'extension ne dépasseraient pas 40°. Les mouvements latéraux seraient totalement impossibles.

C'est une question encore à l'étude. L'avenir, seul, permettra de juger définitivement la valeur d'un tel procédé.

OBSERVATIONS (1).

Obs. I. — *Coxalgie double avec abcès des deux côtés et luxation au niveau de l'articulation atteinte la première. Ankylose de l'autre articulation.*

Frim... Marie, 8 ans. Entrée à Berck le 16 juillet 1898. — A cette époque, on constate les signes physiques et fonctionnels d'une coxalgie droite. Celle-ci avait débuté trois ans auparavant (l'enfant avait alors 5 ans) par des douleurs, exagérées par la marche et la palpation. A ce moment, rien du côté gauche.

On met à la petite malade un appareil plâtré et on la laisse marcher.

Cinq ou six mois après l'arrivée à Berk apparaissent de nouveau les douleurs, et, cette fois, l'enfant se plaint de son membre gauche.

L'examen permet alors de constater une coxo-tuberculose gauche avec tous ses signes classiques.

L'enfant est mise au repos, couchée, et on lui fait l'extension continue double. L'état général n'était nullement atteint par l'apparition du second foyer tuberculeux.

Deux mois après, sans qu'il y ait aucune exagération des phénomènes fonctionnels, l'exploration physique fait découvrir dans la fesse droite un abcès qui est ponctionné (lavages à l'eau boricuée, injections de thymol camphré).

Six mois après, et, de même, sans aucune douleur plus vive, apparaissait à la face externe de la cuisse gauche un abcès qui est

(1) Les observations de 1 à xxv inclus sont extraites du travail que j'avais publié en collaboration avec Guillaume-Louis en 1903. Elles concernent des malades qui étaient en traitement, à cette date, à l'hôpital maritime de Berck. Je n'ai pu retrouver trace de ces malades, tous ayant quitté l'hôpital maritime depuis 1903, d'où impossibilité de mettre ces observations au courant

aussi ponctionné. Ces abcès guérissent assez facilement, on continue l'extension plusieurs mois, au bout desquels, tout allant bien, l'enfant est levée.

Actuellement, coxalgie droite, la première en date.

Pas de tuméfaction péri-articulaire, hanche assez mobile et trochanter remonté à 2 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton.

Il n'y a pas de luxation proprement dite. Membre en adduction et rotation interne, mouvements très limités et point douloureux.

Coxalgie gauche. — Pas de luxation, ankylose plus serrée que du côté opposé. Si on essaie de mobiliser ce membre, on peut faire peu de mouvements sans déplacer le membre opposé. Atrophie très marquée.

Etat général : n'a en rien été influencé par la bilatéralité de la lésion.

Dans la station debout, l'enfant présente un genu valgum très net.

Station assise : la malade s'assied sur le bord de la chaise, en repliant ses jambes au-dessous de celle-ci.

Marche avec les genoux.

Obs. II. — Coxalgie double. Luxation des deux côtés.

Fistule à gauche.

Leg... Ed., 17 ans (sanatorium Bouville). — Coxalgie droite, première en date : débute à l'âge de deux ans. Non soignée. Abcès avec fistule persistante. Guérie à l'âge de 10 ans. Actuellement, luxation iliaque très prononcée, avec flexion et adduction de la cuisse. Mouvements assez étendus. La flexion va jusqu'à l'angle droit, l'abduction est limitée.

Coxalgie gauche, la deuxième en date, débute à 9 ans, mal soignée, encore actuellement fistuleuse.

Etat actuel : fistules.

Attitude : flexion et adduction. La mobilité est également assez grande.

Etat général mauvais, à cause des affections associées. Le foie gras dépasse de trois travers de doigt le bord des fausses côtes. Ascite. Albumine dans les urines.

Station debout : la correction de la flexion détermine une lordose assez accentuée. Genu valgum double. De plus, aspect spécial, dû à la brièveté des membres inférieurs par rapport au tronc.

Démarche : se sert de béquilles. Sans béquilles, la démarche rappelle celle de la luxation congénitale. On observe un déhanchement très accusé, comme on l'a exposé plus haut.

Station assise : facile, grâce à la mobilité des deux côtés. S'habille assez facilement.

Obs. III. — *Coxalgie double. Absès des deux côtés et luxation au niveau de l'articulation atteinte la première.*

Madeleine S..., 6 ans, entrée à Berck le 13 juin 1901.

Coxalgie droite, la première en date : son début remonte à trois ans. C'est pour elle que l'enfant vient à l'hôpital.

Mal soignée antérieurement, l'enfant, ayant été alternativement levée et couchée, présente, à son entrée, des douleurs assez vives et un abcès volumineux sur la face antéro-externe de la cuisse, abcès qui est ponctionné deux fois à Berck.

Actuellement, l'enfant est encore couchée, jambe droite en bonne position. Pas d'œdème périarticulaire très marqué. Luxation en haut et en avant. Mouvements possibles, quoique limités.

Coxalgie gauche, la deuxième apparue, constatée à Berck le 3 novembre 1901, sans qu'il se soit produit aucune aggravation dans l'état général ou dans les phénomènes fonctionnels.

Actuellement, abcès de la face antérieure du triangle de Scarpa, faisant saillie dans la fosse iliaque. Œdème périarticulaire assez prononcé. Membre en adduction et légère rotation interne. Trochanter remonté. Spontanément, peu de mouvements. Etat général satisfaisant.

Obs. IV. — *Coxalgie double réséquée à gauche (côté atteint le premier) et ankylose à droite. Absès à gauche.*

Gass... Fernande, âgée de 14 ans (sanatorium Parmentier).

Coxalgie gauche, première en date : débute en 1898, par des dou-

leurs, exagérées par la marche et la palpation. L'enfant n'est pas soignée, et six mois après le début de l'affection, il se forme un abcès volumineux à la face antéro externe de la hanche.

Cet abcès, qui n'est pas ponctionné, s'ouvre spontanément et se fistule.

Deux mois après apparaît, à la région interne du triangle de Scarpa, un abcès qu'on incise au bistouri. Il se forme dans la région de nouvelles fistules. L'état général est atteint ; il y a de la fièvre, et c'est dans ces conditions que l'enfant arrive à Berck en avril 1899, où on découvre une coxalgie double et un mal de Pott lombaire.

La fièvre persistant, et les fistules ne guérissant pas du côté gauche, M. Ménard pratique la résection de la hanche, suivant son procédé habituel. On curette les fongosités, les trajets fistuleux, et on trouve une large perforation du cotyle. Les suites opératoires sont très simples, et, après plusieurs mois de pansement suivi, la guérison est obtenue.

Aujourd'hui, la cicatrice est bonne.

La hanche est assez mobile. Le membre a un raccourcissement de 1 centimètre et demi à 2 centimètres (maximum).

La coxalgie droite, deuxième en date, est constatée à Berck en 1899. Il n'y a jamais eu d'abcès de ce côté. L'évolution ne s'est marquée d'aucun fait particulier.

Actuellement, adduction légère et rotation interne. Il n'y a pas de luxation.

Ankylose fibreuse presque absolue. Il n'existe aucun mouvement ni spontané, ni provoqué.

Marche : la marche de cette malade se fait très nettement, suivant le type que nous avons décrit. L'enfant marche des genoux.

Station debout : genu valgum, mais plus accentué d'un côté, comme le montre la photographie.

Obs. V. — *Coxalgie double guérie presque intégralement à droite, réséquée à gauche.*

Sal..., 6 ans. — Vient à Berck en juillet 1897 pour une coxalgie

droite à la deuxième période. Sa sœur est morte cinq ou six ans auparavant d'une coxalgie fistuleuse.

Cette malade passe la saison d'été à Berck, puis elle retourne dans sa famille, dans le département de l'Aisne.

M. Ménard revoit l'enfant en mai 1898.

Elle porte un gros abcès antéro-externe fermé. On la ramène à Berck, où elle passe l'été de 1898. Son abcès est traité par 3 ou 4 injections modificatrices et guérit.

A la suite de la disparition de cet abcès, on met un appareil plâtré dans lequel elle reste six mois.

Au bout de cette période, M. Ménard constate, avec étonnement, que les mouvements sont revenus à peu près dans leur intégrité absolue, à tel point qu'il se demande alors si l'abcès venait bien de la hanche.

La marche est autorisée, avec précaution d'abord, en toute liberté ensuite.

Aucune claudication. Les mouvements restent entièrement libres.

En 1900, coxalgie gauche. Au début, compliquée, au bout de la première année, d'un abcès de la racine de la cuisse, à cheval sur l'arcade crurale. Traité par les injections modificatrices pendant plus d'une année, il ne cède pas complètement.

L'enfant rentre dans sa famille.

L'abcès s'ouvre spontanément. Immédiatement l'enfant est ramenée à Berck.

La fistule paraît se maintenir aseptique, pendant un certain temps, puis s'infecte. La suppuration persiste indéfiniment, peu abondante, mais fétide.

La santé de l'enfant se maintient assez bonne, sans fièvre.

En avril 1902. M. Ménard pratique la résection de la hanche, par son procédé ordinaire. Le cotyle est trouvé perforé à sa partie antérieure et supérieure, et, cette perforation conduit dans la fosse iliaque.

Aucun incident notable post-opératoire ; mais, aujourd'hui, il reste une fistule avec une suppuration peu abondante.

La hanche droite, guérie, a conservé ses mouvements, sans retour

d'accident. Une radiographie, faite avant l'opération, avait montré du côté droit une épaisseur anormale du col du fémur. Cette seule modification notable était en faveur de l'origine coxale de l'ancien abcès droit.

A gauche, on voyait les altérations évidentes de la coxalgie, sans caractère particulier.

Dans cette observation les deux coxalgies se sont donc montrées à trois ans de distance ; la première était entièrement guérie et d'une manière exceptionnelle, quand a apparu la seconde. L'évolution de celle-ci a été plus grave.

Obs. VI. — *Coxalgie double, réséquée à gauche. Absès à droite. Associée au mal de Pott lombaire en évolution et tumeur blanche du genou gauche guérie.*

Moch... Victor, 11 ans et demi. — Coxalgie droite, première apparue, débute en juillet 1900. L'enfant entre aux Enfants-Malades en janvier 1901. On découvre un abcès qui est ponctionné 11 fois. On applique en même temps un appareil à extension continue. Actuellement, abcès guéri en mars 1902. Depuis, aucun incident, pas de luxation.

Le membre est en légère rotation externe. Mouvements actifs assez étendus.

La coxalgie gauche, deuxième en date, est diagnostiquée à Berck en avril 1901. Douleurs à ce moment.

En août 1901, abcès très volumineux à la face antérieure de la hanche et dans la fesse ; ponctions suivies de fistules.

En même temps évoluait une tumeur blanche du genou gauche, avec abcès, actuellement en voie de guérison.

En avril 1902, fièvre. A ce moment, on découvre le mal de Pott dorsal (VI^e ou VIII^e dorsales peu saillantes).

Le 15 septembre 1902, la fièvre persistant, M. Ménard fait la résection de la hanche.

Depuis, l'état général, qui, auparavant, était très mauvais (maigre, hecticité, perte d'appétit), est maintenant très amélioré. La fièvre a disparu, l'appétit est revenu.

La plaie opératoire est très belle.

La cavité est bourrée encore à la gaze iodoformée.

On espère une prompte guérison.

Etat général satisfaisant.

Obs. VII. — *Coxalgie double guérie, avec attitudes vicieuses.*

Corn..., 20 ans (sanatorium Parmentier). — Coxalgie gauche, première en date, débute à l'âge de 6 ans. Dans la première année de son évolution, un abcès se forme et guérit après 2 ponctions. L'enfant est envoyé vers 7 ou 8 ans à Berck, où elle reste jusqu'à l'âge de 17 ans, soit jusqu'en 1898.

Il est probable que la coxalgie de ce côté avait guéri en mauvaise position, car l'enfant, envoyée à Paris, est opérée par M. Jalaguier, qui pratique une ostéotomie (1898). C'est à la suite de cette opération que serait survenue la déformation toute particulière que l'on observe au niveau du genou gauche et sur laquelle nous reviendrons plus loin.

En 1899, l'enfant revient à Berck.

Actuellement, pas de luxation. Mouvements actifs et passifs absolument impossibles. Ankylose de la hanche avec fémur en abduction. Le genou est en varum ; de plus, il présente une déformation en baïonnette, due à une inflexion très marquée de la partie supérieure épiphysaire du tibia ; sur la portion diaphysaire, inflexion à concavité antérieure. La malade prétend que cette difformité est survenue à la suite de son opération.

Coxalgie droite. Débute 6 mois après la première, avant, par conséquent, le premier départ de l'enfant pour Berck.

Abcès vers 9 ans (6 ponctions ; guéri).

Ostéotomie à 16 ans (M. Jalaguier).

Deuxième ostéotomie à 18 ans (M. Ménard).

Actuellement, luxation. Trochanter a une ascension de 5 centimètres.

Le genou est en valgum et recurvatum. Membre en flexion et adduction très marquée. Mouvements impossibles. Ankylose.

Marche avec les genoux et à petits pas, en temps normal, se sert

de béquilles. Lordose marquée. Scoliose à convexité gauche. Grande difficulté pour mettre ses bas et ses souliers, y parvient néanmoins, mais à tâtons et les jambes repliées, s'assied assez facilement.

Etat général très satisfaisant.

Obs. VIII. — *Coxalgie double avec abcès des deux côtés. Luxation à gauche, associée à tuberculose du poignet droit, du coude et de l'épaule droite.*

Julia de V..., 6 ans. — Coxalgie gauche, première apparue, débute en décembre 1891. L'enfant ne cesse pas de marcher, les douleurs étant peu accentuées. Arrive à Berck en mai 1892. Abcès volumineux situé au devant du grand trochanter et s'étendant en hauteur, depuis le voisinage de l'épine iliaque jusque vers le milieu de la cuisse, 4 ponctions.

En septembre 1892, abcès de la fesse, 2 ponctions. Guérison le 28 février 1893. Luxation manifeste ; les mouvements passifs sont possibles ; les mouvements actifs sont nuls.

Coxalgie droite. Débute en février 1892. 3 mois après la gauche, 3 mois avant la première arrivée à Berck.

En juin, abcès de la cuisse droite et de la fesse. Ponctions répétées. Guérison en août 1892.

Déplacement de la hanche peu accentué. Ankylose plus solide que du côté opposé : à peine quelques mouvements passifs.

En août 1893, apprentissage de la marche difficile. Talon gauche remonte à 2 centimètres au-dessus de son homologue opposé.

Dans la station debout, on observe une lordose lombaire assez accentuée.

Marche avec les genoux, léger balancement du tronc.

Etat général : au cours du traitement des coxalgies, les divers autres foyers tuberculeux avaient été soignés et, en 1885, la santé de l'enfant progressivement améliorée, était excellente.

Cette année même (1902) M. Ménard a reçu des nouvelles de l'enfant qui est au Chili. La santé est excellente.

Obs. IX. — *Coxalgie double avec luxation du côté gauche
(premier atteint) et abcès à droite.*

Bal... Henri, 9 ans. Entré à Berck le 12 décembre 1900. — Coxalgie gauche, première en date, débute deux ans auparavant, soit en 1898, par des douleurs exagérées par la marche.

L'examen pratiqué alors permet de reconnaître tous les signes d'une coxo-tuberculose. Du côté droit, on n'observe aucun trouble. Il n'y a pas d'abcès à gauche ; on met un appareil plâtré et on fait marcher l'enfant.

Trois mois après, le petit malade commence à souffrir du côté droit, et c'est alors qu'on constate l'existence d'une coxalgie de ce côté.

On lui fait un appareil double et on le laisse marcher avec des béquilles, cela pendant 10 mois. Au bout de ce temps il est envoyé à Berck.

On constate alors l'existence d'un abcès à droite ; l'enfant est couché et soumis à la double extension continue.

Actuellement, l'enfant est encore couché.

Le membre gauche, le premier atteint, est en abduction légère et surtout rotation en dehors (l'enfant se plaint quand on lui redresse le membre).

Toute la région de la hanche est tuméfiée, et cet épaissement, déjà très sensible à la vue, est encore plus net au toucher.

La région du triangle de Scarpa est bombée, et, en avant des vaisseaux fémoraux, se trouve maintenant (octobre 1902) un petit abcès ponctionné une fois.

Le membre est en adduction légère. Luxation très marquée.

Membre droit : coxalgie, la seconde en date. La région de la hanche est beaucoup moins tuméfiée.

Il y a eu, de ce côté, un abcès qui a été guéri, après 3 ponctions et injections modificatrices.

L'articulation est plus raide de ce côté. Mouvements très limités. Il n'y a pas de luxation.

Etat général : très satisfaisant, ne semble pas du tout avoir été influencé par la double lésion.

Obs. X. — Coxalgie double avec abcès fistuleux à gauche.

De Cl... Marcel, âgé de 13 ans (sanatorium Bouville). — La coxalgie droite a apparue il y a 10 ans. Ostéotomisée par M. Kirmisson, sans qu'il soit possible de bien préciser la date de cette opération. Actuellement, le membre est en flexion légère, avec abduction et rotation externe.

Il n'y a pas de luxation ; les mouvements existent, mais sont très limités ; l'enfant peut spontanément lever le pied à 15 centimètres au-dessus du plan du lit, avant de soulever la jambe opposée.

La deuxième coxalgie (gauche) débute 5 ou 6 ans (?) après la première, ostéotomisée par M. Jalaguier.

Actuellement, trochanter remonté.

Le membre est en rotation interne et adduction. Les mouvements sont plus étendus que du côté opposé. Athrophie plus marquée. Abcès de ce côté, pas ponctionné, fistules. Le membre est plus court de 3 centimètres.

Etat général satisfaisant.

Attitude : debout, genu valgum. L'enfant marche avec les genoux.

Obs. XI. — Coxalgie double avec abcès à gauche. Ascension du trochanter des deux côtés.

L...Alice, âgée de 3 ans, entre à l'hôpital maritime le 15 mars 1901.

La première coxalgie, gauche, a apparue 6 mois avant l'arrivée de l'enfant à Berck. Soignée à Paris, mais non immobilisée.

En décembre 1901, abcès des adducteurs, ponctionné plusieurs fois et aujourd'hui guéri.

Actuellement, le membre est en adduction et rotation interne. Trochanter remonté à environ 2 centimètres au-dessus de la ligne de Nélaton.

Mouvements possibles, mais limités.

La coxalgie droite, apparue la seconde, est constatée à Berck en juin 1901.

Aucun symptôme général n'avait permis de prévoir le deuxième foyer coxal.

Début par douleurs, mais atténuées, l'autre coxalgie étant soignée en ce moment. Actuellement, pas de tuméfaction périarticulaire.

Trochanter remonté aussi, mais moins que du côté opposé : il est surtout saillant en dehors. Membre en adduction légère. Pas d'abcès de ce côté. Mouvements moindres que du côté opposé.

Etat général satisfaisant.

Obs. XII. — *Coxalgie double avec un abcès à gauche, luxation à droite.*

Macl... Pierre, âgé de 8 ans, entré à l'hôpital maritime en 1901. — La coxalgie droite, première en date, débute en novembre 1900. Il n'y a jamais eu d'abcès de ce côté. Le membre est luxé et en rotation externe. Les mouvements sont possibles.

La coxalgie gauche est constatée à Berck, six mois après le début de la première. Actuellement le membre est en abduction ; il y a une tuméfaction périarticulaire assez accentuée. Il y a eu, de ce côté, un abcès qui a été ponctionné cinq fois, et qui est maintenant guéri.

Mouvements très limités de ce côté.

Etat général bon.

Obs. XIII. — *Coxalgie double avec abcès des deux côtés.*

Greff... Fernande, âgée de 6 ans, entre à l'hôpital maritime le 7 mai 1902 — La coxalgie droite, première apparue, a débuté en février 1902.

A cette époque, l'enfant fut soignée à Trousseau, où on lui appliqua un appareil plâtré. Actuellement, le membre est à l'extension continue. Le trochanter est remonté de ce côté. Autour de la hanche, il y a une tuméfaction très nette. Les douleurs sont vives et gênent l'exploration du membre. Abcès de la face antéro externe de la cuisse, ponctionné quatre fois.

Coxalgie gauche. — En avril 1902, l'enfant s'était plainte de douleurs dans le genou gauche : mais, à Trousseau, où l'enfant fut alors examinée, on n'avait pas trouvé de coxo-tuberculose de ce côté. La

double coxalgie n'est reconnue nettement que le 1^{er} mai 1902 par la Commission chargée de faire les admissions à Berck. Actuellement, extension continue, abcès de ce côté sur la face externe de la cuisse et n'ayant pas encore été ponctionné.

Ascension légère du grand trochanter, mais mouvements impossibles.

Etat général satisfaisant.

Obs. XIV. — *Coxalgie double, luxation à gauche, abcès à droite.*

Pass... Paul, âgé de 6 ans, entre le 13 juin 1900 à l'hôpital maritime, pour une coxalgie droite, avec, dans les adducteurs, un petit abcès qui est ponctionné deux fois. En décembre de la même année, sans qu'il y ait aucune exagération des phénomènes fonctionnels; aucune aggravation de l'état général, on découvre une deuxième coxalgie à gauche. L'enfant est soumis à l'extension continue double. Peu de temps après, il se forme un petit abcès, dans le triangle de Scarpa, immédiatement en dehors de la fémorale. Cet abcès est ponctionné plusieurs fois et se fistulise. Enfin, le 9 août 1901, on découvre un mal de Pott dorso-lombaire. Actuellement : extension continue double.

Membre droit : petit abcès dans les adducteurs. Il n'y a pas de luxation.

Les mouvements sont possibles, mais douloureux.

Membre gauche : fistule à la région de l'aîne. Luxation. Mouvements spontanés et provoqués plus libres de ce côté.

Etat général satisfaisant.

Obs. XV. — *Coxalgie double avec abcès à gauche.*

Baud... Philippe, âgé de 14 ans, entré à l'hôpital maritime le 12 juillet 1902. Il vient pour une coxalgie gauche, dont le début, remontant à décembre 1901, s'est fait par des douleurs. En janvier 1902, il s'était produit, de ce côté, un abcès qui fut ponctionné à Paris. Il n'y eut, depuis, aucun incident particulier, jusqu'au départ de l'en-

fant pour Berek. A l'arrivée du petit malade à l'hôpital maritime, on constate, au moment de faire un plâtre, et sans que l'enfant se soit plaint d'aucun trouble fonctionnel de ce côté, l'existence d'une coxalgie droite. Actuellement (octobre 1902) l'enfant est couché.

Membre gauche : adduction et rotation en dedans. Ascension du trochanter. On trouve peu d'empatement de la région. La hanche est ankylosée, les mouvements sont presque nuls.

Membre droit : rotation en dehors. Il n'y a pas d'abcès, mouvements possibles, mais limités.

Etat général bon.

Obs. XVI. — Coxalgie droite. Luxation à droite.

Réséction à gauche pour abcès fistuleux tenace.

Verch... Henriette, âgée de 4 ans, entre à l'hôpital maritime le 13 décembre 1901, pour un mal de Pott dorso-lombaire.

En juin 1902, sans que l'enfant ait accusé aucune douleur spéciale, on constate une coxalgie double, avec abcès du côté gauche. Cet abcès est ponctionné 6 fois. Il se forme, malgré toutes les précautions prises, une fistule qui est maintenue aseptique pendant 3 mois.

Membre droit : extension continue. Le membre est luxé et en adduction. Les mouvements sont possibles, mais douloureux.

Membre gauche : En extension continue.

Ascension du grand trochanter. Il y a une tuméfaction périarticulaire très accentuée. Le membre est en adduction et on observe une fistule, suppurant assez abondamment.

Mouvements impossibles et douloureux.

Le 29 octobre 1902, en présence de la fistule persistante à gauche et des poussées fébriles que fait l'enfant, M. Ménard pratique la réséction de la hanche par son procédé ordinaire.

Curettage des fongosités. Le cotyle n'est pas perforé. Bourrage à la gaze indoformée.

En décembre 1902, après 2 mois de pansement, la plaie opératoire est très belle et on espère la guérison.

Obs. XVII. — *Coxalgie double. Absès à droite. Curettage de la hanche pour fistule gauche. Ostéotomie sous-trochantérienne gauche.*

Ha... Gabrielle, âgée de 8 ans, entre à l'hôpital maritime en mai 1902. La coxalgie droite, première apparue, est suppurée avec un abcès non ouvert. Cet abcès guérit au bout d'un an, après 4 ponctions.

La coxalgie gauche existe à l'entrée de l'enfant. En mai 1893, il se forme un abcès de ce côté. Il est ponctionné plusieurs fois, mais ne guérit pas. On pratique alors le curettage de la hanche, et l'enfant quitte l'hôpital en 1894. Elle revient à Berck en février 1895.

Fistule persistante à gauche.

En septembre 1897, nouveau curettage.

En juin 1898, ostéotomie sous-trochantérienne pour corriger flexion et adduction du membre gauche.

Obs. XVIII. — *Coxalgie double, gauche, la première en date, luxée, la seconde enkylosée, pas d'abcès.*

Mess... Isabelle, âgée de 14 ans, entre à l'hôpital maritime le 1^{er} février 1895.

La coxalgie gauche a débuté à l'âge de 7 ans. L'enfant fut soignée à Berck, de 1892 à 1894. En 1895, le membre est luxé, en adduction très prononcée, avec flexion. Il n'y a pas d'abcès. La coxalgie droite a débuté deux ans après la gauche. Elle n'est pas luxée. Adduction et rotation externe. Ankylose fibreuse assez solide. L'enfant sort guérie le 9 novembre 1895.

Obs. XIX. — *Coxalgie double ancienne, avec double luxation. Cicatrice d'abcès. Mal de Pott dorso-lombaire fistuleux.*

Lact... Marius, âgé de 10 ans, entre à l'hôpital maritime le 18 septembre 1896, pour un mal de Pott fistuleux.

Il porte une double coxalgie ancienne, luxée des deux côtés. La seconde a apparu deux ans après la première, qui n'était pas traitée. Il y eut des abcès des deux côtés; aujourd'hui guéris.

Mais l'état général est grave, par suite de la suppuration du mal de Pott. L'enfant, six mois après, est emmené par sa famille.

Obs. XX. — *Coxalgie double, abcès et luxation à gauche.*

Ankylose à droite

Hab... Raymond, âgé de 3 ans, entre à l'hôpital maritime le 28 juin 1897. L'enfant arrive avec un appareil plâtré qu'on enlève (on trouve à gauche, première hanche atteinte, un abcès fessier. La hanche droite est douloureuse, mais sans abcès). En 1899, il y a, à gauche, un raccourcissement de 2 centimètres avec luxation de la tête en haut et en arrière. Les mouvements, limités, sont possibles.

La hanche droite est ankylosée et peu mobile. L'enfant sort en 1901.

Obs. XXI. — *Coxalgie double, réséquée à gauche.*

Mal de Pott dorso-lombaire.

Lech... Emmanuelle, âgée de 4 ans, entre à l'hôpital maritime en janvier 1901.

Elle présente un mal de Pott et une coxalgie gauche ; son état général est très mauvais. A la hanche, il y a un abcès fistuleux suppurant abondamment. En mars 1901, en présence de l'état général et de la fièvre, on résèque la hanche gauche. Le cotyle est trouvé perforé.

Le 23 août, on constate une coxalgie droite à ses débuts. L'enfant quitte l'hôpital en décembre 1901.

Obs. XXII. — *Coxalgie double avec abcès*

des deux côtés. Otorrhée.

Frœd... Marcel, âgé de 4 ans, entre à l'hôpital maritime le 13 juin 1900. Il présente une coxalgie gauche sans complications. En décembre 1900, il se forme un abcès à gauche.

La coxalgie droite est constatée le 15 janvier 1901. Abcès assez volumineux.

Le 29 août 1901, mort par méningite tuberculeuse, probablement consécutive à la tuberculose du rocher.

Obs. XXIII.

Mart... Marcel, âgé de 4 ans, entre à Berck le 12 octobre 1900. Coxalgie gauche, première apparue, avec abcès dans les adducteurs.

Le 20 octobre 1900, on constate l'existence de la coxalgie droite.

Le 24 décembre 1900, résection de la hanche gauche. Fistule persiste. Mort en février 1902.

Obs. XXIV. — *Coxalgie double. Abcès des deux côtés, associée à mal de Pott dorsal supérieur. Mort par méningite tuberculeuse.*

Leg... Maurice, 3 ans, entre le 12 juin 1901, mort en décembre 1901.

Obs. XXV. — *Coxalgie double avec résection du côté droit. Guérison. Coxalgie gauche en évolution.*

Laf... Albert, 14 ans, entre à Berck le 14 janvier 1898. Déjà soigné à l'hôpital maritime, en 1894, pour coxalgie droite, sur laquelle M. Ménard avait pratiqué une résection avec réunion par première intention suivie de guérison.

Actuellement, coxalgie gauche en évolution, sous appareil plâtré.

Obs. XXVI. — *Coxalgie double associée à une tumeur blanche du genou gauche et à une tuberculose du radius droit.*

Delm... Louise, 14 ans 1/2, entre à Berck le 16 septembre 1903. La première coxalgie siège à droite et date de 11 mois.

A son entrée à l'hôpital maritime, la petite malade présente, de plus, une tumeur blanche du genou gauche dont le début remonte à 2 ou 3 mois (Le genou est gros, tuméfié; le cul-de-sac sous-tricipital bombe au-dessus de la rotule. Les muscles de la cuisse sont atrophiés. Les mouvements sont limités).

Le radius droit porte les traces d'une intervention pratiquée par M. Villemin il y a trois ans. Actuellement, une fistule persiste.

La coxalgie gauche n'apparaît que le 2 novembre 1905.

Actuellement, on trouve en ce qui concerne le double foyer coxal :

Coxalgie droite. — Adduction légère. Mouvements limités. Pas d'ascension notable. Pas d'abcès. Pas de ganglions.

Coxalgie gauche. — Mouvements douloureux et limités.

Encore en traitement à Berck (1).

Obs. XXVII. — *Coxalgie double avec abcès fistuleux des deux côtés.*

Deg... Guy, âgé de 4 ans, entre à l'hôpital maritime le 12 février 1905.

Coxalgie gauche. — Fistule de la face externe de la cuisse. Fistule fessière.

Coxalgie droite. — Abcès fessier fistuleux. Abcès sous le triceps, sur la face antérieure de la cuisse.

Encore en traitement à Berck.

Obs. XXVIII. — *Coxalgie double associée à une tumeur blanche du cou-de-pied gauche ancienne et non suppurée.*

Trequen... Hélène, âgée de 6 ans 1/2 ; entre à l'hôpital maritime le 17 février 1905, atteinte d'une tumeur blanche du cou-de-pied gauche. Cette lésion est ancienne. Le cou-de-pied est ankylosé en léger équinisme. Le 6 mai 1905, la petite malade, qui boitait depuis quelques jours, est examinée et on découvre un début de coxalgie bilatérale. Les mouvements sont limités et douloureux. On ordonne le repos absolu.

Le 13 mai 1905 on trouve :

Coxalgie droite. — Cuisse fléchie sur le bassin à 45° environ. Forte abduction et rotation externe. Les mouvements limités et très douloureux. Pli inguinal moins net.

Coxalgie gauche. — En attitude à peu près normale. La contraction est très prononcée. Il existe, de plus, un abcès au niveau du grand trochanter.

13 janvier 1906, ponction de cet abcès.

Encore en traitement à Berck.

(1) Les observations de XXVI à XXXI inclus concernent des malades actuellement en traitement à l'hôpital maritime de Berck.

Obs. XXIX. — *Coxalgie double avec abcès des deux côtés.*

Jeann... Marie, âgée de 3 ans, entrée le 12 avril 1905 à l'hôpital maritime.

Coxalgie gauche. — Première apparue, cuisse fléchie à angle droit. Abcès volumineux remontant dans fosse iliaque externe. Traité par des ponctions répétées.

Coxalgie droite. — Découverte le 23 juin 1905. Mouvements limités, douloureux. Attitude vicieuse : flexion, adduction et rotation interne.

Le 1^{er} septembre 1905, on trouve un abcès, situé également dans la fosse iliaque externe. Ponction.

Encore en traitement à Berck.

Obs. XXX. — *Coxalgie double, traitée par un double appareil plâtré.*

Vouz... Florentin, âgé de 5 ans, entré le 17 février 1905.

Coxalgie droite. — Première en date.

Coxalgie gauche. — Constatée à l'arrivée. Appareil plâtré double.

Obs. XXXI. — *Coxalgie double. Résection du côté droit. Abcès fistuleux à gauche.*

Mores... Emilienne, âgée de 6 ans 1/2, entrée le 14 octobre 1903. On constate, à cette époque :

Coxalgie droite. — Première apparue. Fistule au niveau de la partie moyenne du triangle de Scarpa, datant de 4 mois. Suppure peu. Adduction assez marquée.

Rotation externe.

Racourcissement apparent de 5 centimètres.

Le 29 février 1904, résection de la hanche. On trouve tête et col réduits à l'état de moignon. Séquestre du fémur logé dans une gouttière creusée sur la face antérieure du col et de la diaphyse.

Coxalgie gauche. — Découverte le 1^{er} avril 1904. On met une extension continue.

Le 2 juin 1904, on constate un abcès antérieur, dans les vaisseaux

fémoraux remontant dans l'arcade de Fallope jusque dans la fosse iliaque. Ponction.

Août 1905. — Abscesses fistuleux. Amaigrissement. Fièvre.

Encore en traitement à Berck.

Obs. XXXII. — D^r HULLEU, *Revue d'orthopédie de 1904 (in extenso)*.

Le jeune Maurice B..., âgé de 12 ans 1/2, est entré le 27 janvier 1901 dans le service du D^r Kirmisson (hôpital Trousseau).

Né d'une mère tuberculeuse, ce jeune garçon eut lui-même de nombreuses bronchites dans ses premières années, mais c'est il y a trois ans seulement, au cours de l'hiver 1899 qu'a débuté la maladie actuelle par une névralgie sciatique du côté gauche. Les douleurs diminuèrent pour reparaitre l'hiver suivant où elles se propagèrent au côté droit. Depuis lors, Maurice B... a toujours gardé le lit, puis en mars 1901 on l'a mis dans une gouttière de Bonnet.

Le 27 juillet 1901, jour de son entrée à Trousseau, on constate, chez lui, une coxalgie bilatérale. Les deux membres inférieurs reposent sur le plan du lit dans l'extension complète, bien parallèles et sans rotation. Leur longueur est sensiblement égale (0.75 cent.). Il n'y a pas d'ensellure lombaire. A droite, comme à gauche, les mouvements de la hanche sont très limités dans tous les sens : l'ankylose est presque absolue.

Des deux côtés, surtout à droite, on sent des ganglions inguinaux volumineux et douloureux. D'autres ganglions sont appréciables dans les fosses iliaques. Pas d'abcès péri-articulaires.

Tout cet examen provoquait des douleurs assez vives. L'enfant fut mis à l'extension continue bilatérale le 25 juillet. Puis, le 18 août, il sort de l'hôpital avec un appareil plâtré renouvelé deux mois plus tard.

Il rentre de nouveau à l'hôpital le 2 février 1902. A cette époque, on trouve les deux hanches dans une immobilité absolue, extrêmement douloureuses au point que, si on tente de remuer tant soit peu les membres inférieurs le malade pousse des cris.

Les trochanters semblent un peu remontés. Les muscles des cuisses, très maigres, sont en contraction constante, surtout les ad-

ducteurs qui forment une corde rigide d'où forte adduction et rotation en dehors.

L'enfant se présente donc avec une tendance marquée à l'entrecroisement des jambes bien que celles-ci restent encore séparées par quelques centimètres.

M. Kirmisson m'ayant conseillé de lutter aussitôt contre cette adduction douloureuse, j'installai l'appareil suivant : au niveau de chaque genou, je fis, au moyen d'une bande plâtrée maniée comme dans la confection du lit plâtré de Lorenz, une demi-gouttière intimement moulée sur la face interne du membre. Cette gouttière, une fois sèche et solide, je pris pour chaque côté un long drain de caoutchouc qui fut passé en anse en dedans de la gouttière et dont les deux chefs réunis furent noués à la traverse latérale du lit.

Le membre se trouvait ainsi attiré fortement en dehors et sans aucune douleur locale grâce à la protection du plâtre.

8 février. — On constatait déjà une amélioration notable.

Les deux genoux que, même en faisant souffrir le malade, on ne pouvait éloigner l'un de l'autre de plus de 9 centimètres sont écartés maintenant de 20 centimètres.

De plus, les hanches sont bien plus libres. On les meut dans tous les sens avec une douleur très modérée.

L'appareil est supprimé et remplacé par une extension continue bilatérale.

12. — les douleurs articulaires diminuent de plus en plus, mais l'adduction tendant à se reproduire on combine l'appareil d'extension et de contre-adduction, plaçant les gouttières protectrices de ce dernier au-dessus des bandes de toile qui maintiennent l'appareil extenseur.

Les effets ne se sont pas fait attendre : dès le 2 mars, on observe, entre les deux condyles internes, un écartement de 30 centimètres et aujourd'hui (17 mars), un mois et demi après la première application de l'appareil abducteur, l'enfant ne souffre plus, il possède des mouvements très étendus de la hanche dans tous les sens et écarte les genoux, très facilement de 50 centimètres.

Obs. XXXIII, empruntée à MM. PATEL et CAVAILLON. — *Résumé.*
Ancienne coxo-tuberculose bilatérale, à l'âge de 6 ans. Résection de la hanche gauche à 8 ans. Ankylose incomplète à droite. Ankylose complète à gauche, en demi-flexion et adduction légère.

Phénomène de compensation : nuls à droite. — A gauche, tibia recurvatum : déjettement du tibia en dehors et en arrière. Laxité articulaire dans le genou, subluxation de la rotule en dehors. Genou en baïonnette. Pied en valgus : pied plat double.

C. J..., 27 ans, coiffeur ; père et mère vivants et en bonne santé.

Trois enfants dans la famille : un frère bien portant, une sœur bien portante.

Le malade a eu une excellente santé jusqu'à l'âge de 6 ans.

A ce moment-là, il a commencé à présenter des phénomènes de coxo-tuberculose du côté de sa hanche gauche. Il a été traité par l'immobilisation pendant 18 mois ; à l'âge de 7 ans 1/2, M. Fochier lui pratiquait une résection de la hanche. Il a fait un séjour de trois mois à la Charité.

Au bout de trois ans le malade pouvait se servir de son membre, mais la suppuration périarticulaire a persisté pendant 15 ans. En même temps, l'articulation du côté droit était atteinte à son tour, il n'y a jamais eu d'intervention de ce côté-là.

Le malade entre dans le service à l'âge de 27 ans.

Depuis l'âge de 10 ans, il a pu marcher avec l'aide d'une canne qu'il utilise pour supporter le côté droit (côté non opéré). Il vient actuellement pour tâcher de faire tarir les fistules qui existent autour de l'articulation coxo-fémorale droite. Il ne souffre pas, l'état général est bon, mais il présente des déformations intéressantes à étudier.

Le malade étant couché sur un plan résistant, on constate que les cuisses sont en demi-flexion sur le bassin, que les deux fémurs paraissent trop courts en comparaison des autres segments du membre inférieur.

Du côté gauche (côté réséqué), voici ce que l'on constate :

Il existe une ankylose à peu près complète de l'extrémité supérieure

du fémur avec l'os iliaque. L'extrémité supérieure du trochanter est remontée. Des mouvements presque insignifiants de flexion et d'extension peuvent encore s'effectuer au niveau de la néarthrose, mais les plus légers mouvements d'abduction et d'adduction entraînent avec eux le bassin.

Le trochanter est remonté du côté de l'épine iliaque et à 6 centimètres de celle-ci. Le fémur mesuré du grand trochanter au condyle interne n'a que 34 centimètres.

Le tibia est projeté en dehors. La rotule est oblique en bas et en dehors, on peut dire que le genou présente une *déformation en baïonnette*. Il existe dans cette articulation des mouvements de latéralité considérables ; il existe aussi des mouvements de rotation de très grande étendue. Ces mouvements permettent au malade d'appuyer le bord externe du pied sur le plan du lit, bien que le mouvement de rotation soit à peu près impossible dans l'articulation coxo-fémorale. Le malade peut lui-même exagérer par la contraction musculaire la subluxation de son tibia en dehors et en arrière.

Le tibia présente dans son tiers supérieur une incurvation dont la concavité regarde en haut et en dedans. La tubérosité tibiale et la tête du péroné forment une saillie plus considérable que normalement. Du côté gauche, léger degré de pied plat.

Du côté droit, la hanche présente encore des lésions en évolution. Il existe des fistules donnant issue à du pus. L'articulation, sans être ankylosée, présente une mobilité très réduite, le bassin est entraîné. Le fémur n'a pas de développement anormal en longueur.

Des déformations du côté du genou et du tibia existent, analogues à celles qui ont été signalées à gauche, mais à un degré très atténué.

Il faut dire que le malade a pris l'habitude d'utiliser surtout sa jambe gauche et que le membre droit ne porte jamais sur le sol le poids du corps en raison des douleurs provoquées.

Donc, légère subluxation du tibia en dehors et en arrière. Légère incurvation de cet os à son tiers supérieur.

Il existe également des deux côtés une laxité dans les articulations tibio-tarsiennes et les articulations du pied.

Les deux membres ne présentent pas un développement muscu-

laire considérable. La mensuration, en raison de la bilatéralité des lésions, ne donne d'autre impression qu'il existe une atrophie musculaire manifeste.

Du côté de la colonne, on constate une légère cypho-scoliose dorso-lombaire à convexité droite.

Lorsqu'on examine le malade debout, on est frappé de voir que la portion supérieure du corps a un développement normal et que, au contraire, les membres inférieurs sont grêles et courts.

Tandis que de l'acromion à l'extrémité inférieure du médius la distance est de 71 centimètres, du grand trochanter à la face plantaire la distance est de 74 centimètres.

Le malade examiné debout et par la face antérieure, on constate que les deux membres inférieurs décrivent une sorte d'ogive, le malade peut joindre les talons et les bords internes de ses pieds, mais constamment il existe entre les deux genoux une distance de 12 centimètres. Les pieds portent complètement sur le sol et s'aplatissent sous l'influence du poids du corps, le bassin s'incline du côté droit.

Du côté gauche, les déformations décrites dans le décubitus sont plus accusées. Le fémur surplombe le tibia en dedans ; les condyles semblent effectuer un mouvement de rotation interne, autour de l'axe longitudinal de l'os. Le tibia au contraire est projeté en dehors et en arrière, il semble avoir subi, en outre, une rotation autour de son axe longitudinal ; enfin, l'incurvation en dedans de son tiers supérieur est encore plus évidente.

Si l'on commande au malade de fléchir sa jambe sur la cuisse, il ne peut effectuer le mouvement qu'en partie, mais si on le prolonge par la pensée, on voit que le talon viendrait frapper l'ischion du côté opposé.

Le pli inter-fessier est dévié du côté gauche, le pli fessier droit est abaissé.

La marche du malade s'effectue de la façon suivante :

Il n'utilise que sa jambe gauche (jambe opérée). C'est celle-ci qui porte dans le mouvement tout le poids du corps ; c'est celle qui présente la déformation maximum. Quand le malade veut appuyer au

contraire la jambe droite, il ne peut le faire et il en est réduit à faire porter le poids du corps par deux cannes.

On constate également pendant la marche que le côté gauche est seul actif ; la majorité des mouvements s'effectue dans l'articulation du genou et dans l'articulation tibio-tarsienne. La hanche reste immobile et le bassin est entraîné en masse avec le fémur. La laxité articulaire du genou est manifeste lorsque le malade appuie son pied à terre, et l'on voit la subluxation du genou s'accuser, le tibia effectuer en même temps un mouvement de translation en dehors et en dessous du fémur, ainsi qu'un mouvement de rotation externe. Il existe également des mouvements très accusés dans les articulations de la colonne. Le bassin effectue un mouvement de balance, s'inclinant tantôt à droite, tantôt à gauche.

Obs. XXXIV. — ROCHET, in article JOURDANET (*Province médicale*. 1896). — *Tumeur blanche du genou gauche. Ankylose vicieuse de la hanche droite. Résection du genou à gauche. Ostéotomie intra-trochantérienne du fémur droit et interposition musculaire.*

Alphonse V..., de Grigny (Rhône), âgé de 11 ans, entre le 26 mai 1894, à l'hospice de l'Antiquaille, salle Saint-Mathieu, n° 77, pour une tumeur blanche du genou gauche.

Père et mère bien portants, deux sœurs en bonne santé.

L'affection a débuté à l'âge de 4 ans. Le malade accuse l'humidité et la fraîcheur du logement où il habitait, pas de traumatisme. Il entra et fut soigné à la Charité.

Il y a trois ans, le malade vint à l'Antiquaille, dans le service de M. Augagneur qui lui ouvrit un abcès à la cuisse ; le jeune garçon pouvait alors marcher, mais la marche donna au membre inférieur une mauvaise position de flexion qui persista et l'obligea à marcher avec des béquilles.

Il reçut alors le choc d'une de ses béquilles sur le genou qui enfla. Bientôt des trajets fistuleux se montrèrent au nombre de trois ou quatre donnant du pus ; autour, la peau est sphacélée.

9 juin 1894. — On pratique la résection du genou. Immobilisation dans un appareil plâtré.

1^{er} juillet. La pseudarthrose du genou persiste et vu le mauvais état de l'articulation, l'indication de l'amputation se pose.

10. -- On enlève le silicate pour procéder à l'amputation. On constate un début de consolidation, on remet un nouveau silicate.

Opération le 17 juillet 1895. — Le membre droit, comme il a été dit plus haut, est immobilisé en flexion et adduction.

Anesthésie au chloroforme. Incision trochantérienne. Section du tenseur du fascia lata et de l'aponévrose superficielle. Après la section de la capsule, on désinsère les muscles qui prennent insertion sur le grand trochanter et dans la cavité digitale et on dépérioste le grand trochanter, on passe la scie à chaîne dans le col, on sectionne et ébarbe la saillie trochantérienne.

On tente alors de mettre le membre en position normale ; on est obligé, pour cela, de réséquer une portion du grand trochanter, et comme cette manœuvre ne suffit pas encore, on le résèque complètement. Avec le davier-gouge, on attaque le col sur la surface de section. On peut alors mettre le membre en position normale par des mouvements d'abduction progressifs.

Quant à l'interposition musculaire, on hésite à prendre le grand fessier, car sa section déterminerait des mouvements d'adduction, on interpose des portions musculaires dépendant des adducteurs et du psoas, on les suture aux moyen et petit fessiers.

On place un drain entre les couches musculaires profonde et superficielle ; on le fixe par un point de suture ; on fait un pansement iodoforme et on applique une attelle plâtrée pelvi-dorso-pédieuse.

10 août 1895. — On panse le malade pour la première fois. La plaie est fermée par première intention ; on enlève les sutures : pansement iodoformé ; attelle plâtrée maintenant le bassin et la cuisse. Au cours du pansement, on a pu constater des mouvements dans la nouvelle articulation.

Février 1896. — L'enfant, revu dans sa famille, présente un bon état général. Il marche avec une béquille ou une canne et fait tous les jours 4 kilomètres pour aller à l'école.

Pas de douleurs. Les mouvements sont conservés au niveau de l'arthrose ; ils ont une étendue d'environ 45° dans le plan antéro-

postérieur. Pas de mouvements latéraux. Ankylose solide du genou.

Obs. XXXV. — ROCHET, in article de JOURDANET (*Province médicale*, 1896). — *Coxalgie fistuleuse à droite. Ankylose incomplète à gauche avec attitude vicieuse. Résection de la hanche droite. Ostéotomie trochantérienne du fémur gauche et interposition musculaire.*

Jean C..., 10 ans, de Montceau-les-Mines, entre à l'hospice de l'Antiquaille le 2 octobre 1894, salle St-Mathieu, n° 96.

L'enfant serait tombé, il y a deux ans et demi, sur le côté gauche qui a été atteint le premier. Le côté droit n'aurait été atteint qu'au mois de janvier suivant.

L'affection a marché plus rapidement à droite qu'à gauche et on a été obligé d'y ouvrir des abcès. Actuellement, on voit, à droite, les cicatrices des incisions et deux fistules par où s'écoule un liquide séro-purulent.

Quant au côté gauche, on voit une énorme saillie formée par le trochanter ; la peau, à ce niveau, est plissée et amincie. L'épine iliaque gauche est abaissée, la cuisse est en adduction, pas de rotation. Les mouvements d'adduction sont impossibles et, quand on les communique, on détermine une violente douleur. La flexion est possible et un peu douloureuse. Les mouvements de circulation sont très limités.

La marche est presque impossible.

Dans la station debout, le corps est penché en avant, la cuisse fléchie sur le bassin.

Raccourcissement apparent de 2 centimètres.

Raccourcissement réel de 4 centimètres à gauche.

La ligne de Nélaton passe à 3 centimètres au-dessus du grand trochanter à gauche, à 4 centimètres à droite.

11 juillet 1895. — Opération du côté droit, résection de la tête fémorale, suture trochantéro-iliaque. Pansement iodoformé, attelle dorso-pelvi-pédieuse.

23 août. — Premier pansement ; ankylose à peu près complète. Etat local excellent. On supprime l'attelle plâtrée.

24. — Opération du côté gauche. Incision trochantérienne longi-

itudinale de 10 à 12 centimètres intéressant la masse des muscles fessiers. On sépare les muscles moyen fessier et pyramidal, on arrive sur la capsule que l'on incise. On dépérioste le col et les tubérosités trochantériennes. On éprouve une certaine difficulté à dépérioster la face antérieure du col qui est devenue inférieure par suite de la rotation de la tête fémorale.

On passe la scie à chaîne à l'aide de la grande aiguille de Deschamps. On sectionne le grand trochanter, le trait de scie est oblique en haut et en dehors.

On ébarbe le col avec le davier-gouge et on essaie de placer le membre en position normale. On est obligé d'ébarber fortement le grand trochanter jusqu'à ce que le membre puisse exécuter complètement le mouvement de rotation en dehors et d'abduction qu'on lui imprime.

Les muscles interposés sont pris aux moyen et petit fessiers ; on affronte et on fait la suture.

On réduit l'adduction, on place le membre en abduction forcée et rotation en dehors.

Les dernières sutures sont alors posées et on place un petit drain.

On fait un pansement iodoformé et on termine par un plâtre. L'enfant est ensuite placé dans une grande gouttière de Bonnet.

11 septembre. — Premier pansement du côté gauche. Etat local excellent, on enlève les drains et les fils. La mobilité est très étendue, on peut faire exécuter des mouvements dans le sens latéral, dans le sens antéro-postérieur, de rotation, de circumduction. Pansement à la gaze iodoformée. Suppression de l'attelle plâtrée.

Le même jour on panse le côté droit dont l'état local est excellent. Sécheresse absolue, sauf un ou deux points dont on réprime le bourgeonnement excessif par le nitrate d'argent, ankylose complète. Pansement iodoformé.

Mars 1896. — Le malade n'a pas cessé d'être observé puisqu'il est actuellement dans le service.

Les mouvements persistent dans la nouvelle articulation gauche. Dans le lit le malade lève lui-même la jambe en masse.

La limite du mouvement dans le plan antéro-postérieur est d'en-

viron 40°. Dans le sens latéral cependant, mouvements faibles ou nuls.

Le malade marche avec une béquille.

Avril 1896. — Les mouvements de flexion spontanée et provoquée persistent toujours dans la même étendue. Mais, dans le sens latéral, il ne paraît plus y avoir de mobilité.

Obs. XXXVI. — ROCHET, résumée in *Revue Chirurgie*, 1900. — *Ankylose de la hanche gauche avec attitude vicieuse. Coxalgie droite. Résection de la hanche droite. Ostéotomie sous-trochantérienne du fémur gauche et interposition musculaire.*

Jeune garçon de 11 ans. Le malade était atteint de double coxalgie quand il entra dans le service ; du côté gauche l'arthrite était guérie, mais en très mauvaise position, avec flexion considérable de la cuisse sur le bassin et surtout une énorme adduction. Du côté droit l'arthrite était suppurée et en pleine activité. Le malade souffrait beaucoup, avait de la fièvre ; plusieurs abcès s'étaient formés et les fistules suppuraient abondamment.

La résection de la hanche fut faite du côté droit par la voie antérieure. La réparation fut extraordinairement rapide. Deux mois après l'opération, la hanche était déjà solidement fixée, et quatre mois après la plaie ne donnait plus rien, ni les anciennes fistules non plus. La position du membre réséqué était parfaite.

Le succès était si complet, que M. Rochet n'hésite pas (six mois environ après la résection) à pratiquer l'ostéotomie sous-trochantérienne du côté gauche, pour mettre le membre de ce côté en bonne position pour essayer même de rendre de la mobilité à ce membre, et permettre la marche.

Il fit suivre l'ostéotomie et le redressement du membre d'une interposition musculaire entre les surfaces de section.

Pendant les premiers temps, le malade parut conserver une assez grande mobilité au niveau de son ostéotomie ; au bout de six mois, toutefois, elle a beaucoup diminué, sans disparaître cependant, car l'opéré revu deux ans et demi après l'opération peut marcher à tous petits pas, grâce à elle.

Quant à la hanche droite, elle est tout à fait guérie et ankylosée en excellente position.

Obs. XXXVII (VINCENT, *Revue de chirurgie*). — *Double résection articulaire de la hanche. Procédé Ollier avec incision en H d'un côté. Résection médio-cervicale pour coxotuberculose double chez une fille de sept ans, très cachectique.*

Première résection. Hanche gauche, 31 mai 1892. — Tête fémorale presque intacte. Acétabulum contenant un séquestre. Drainage pelvien abdomino-cotyloïdo-fessier. Incision en H. Guérison obtenue en quatre mois. Alors, éclosion d'une coxalgie du côté droit. Pendant l'examen, il se fait une disjonction du fémur droit. Attelle plâtrée thoraco-pelvi-podalique. Guérison rapide de cette disjonction épiphysaire. Etat général très mauvais. Signes pulmonaires. Signes pulmonaires en mai 1893, vaste abcès de la hanche droite.

Deuxième résection. Hanche droite, 24 mai 1893. — Incision arciforme A la place de la tête, on trouve des séquestres provenant de la tête et du cotyle. Drainage pelvien. Guérison en huit ou neuf mois. Excellente action des bains de sublimé. Relèvement de l'état général. Disparition des symptômes pulmonaires suivant graduellement la guérison de la tuberculose locale. Etude de la marche dans la double ankylose de la hanche. Avantages de l'adduction, mensurateur brucial pour apprécier l'adduction et l'abduction. Atrophie du membre droit plus marquée, quoiqu'il soit plus récemment opéré. La hanche droite est plus ankylosée que la hanche gauche. Adduction des deux côtés ; rotation en dehors du côté droit plus prononcée. Pas de flexion. La chirurgie conservatrice ne doit imposer de limites ni à ses sages audaces, ni à ses espérances, malgré la cachexie des sujets et leurs tares héréditaires et personnelles. L'opérée a été montrée à la *Société de médecine* et au *Congrès français de Chirurgie* (session lyonnaise d'octobre 1894). *Réflexion et examen* du 11 juin 1894.

Notre petite réséquée des deux hanches marche très bien sans béquilles. Elle ne souffre pas et va encore assez vite. La progression se fait par un mouvement de rotation verticale du bassin sur la co-

bonne lombaire ; la longueur du pas est mesurée en quelque sorte par le demi-diamètre transverse du bassin. Pour favoriser le mouvement latéral et horizontal du bassin l'enfant immobilise le reste de la colonne vertébrale, d'où la rigidité et le renversement du tronc. On remarque, en outre, que la progression se fait avec un pivotement sur la pointe du pied droit, le genou droit étant légèrement fléchi (c'est la hanche droite qui est la moins ankylosée) et le genou gauche étant tenu en hyperextension. Le pied gauche se porte donc en avant par une rotation d'arrière en avant du bassin sur la colonne et par un pivotement d'arrière en avant sur la pointe du pied droit. Le pied droit ne se porte en avant que par une légère flexion de la hanche droite. La station assise se fait sans trop de peine par une inflexion du rachis et du bassin en avant. Alors la lordose de la marche fait place à un peu de cyphose lombaire, et le siège repose, non sur les tubérosités des ischions et les faces postérieures de la racine des cuisses, mais sur la région ischiatico-sacrée.

Hanche droite. — Le genou droit se plie bien. Cependant, c'est de ce côté qu'il y a eu disjonction de l'épiphyse inférieure du fémur. L'ankylose est assez serrée à droite ; c'est une ankylose fibreuse, qui permet de tout petits mouvements communiqués de la cuisse sur le bassin, lorsqu'on immobilise solidement ce dernier. Les cicatrices du drainage transversal, inguino-interne postérieur, sont bien déprimées. Le membre inférieur droit est en rotation en dehors très prononcée. Le même membre droit est en abduction ; la ligne sterno-ombilico-pubienne tombe à 8 centimètres de la malléole interne. L'abduction est égale pour le côté gauche, mais la rotation en dehors est moindre à gauche qu'à droite. Nous avons photographié (fig. 10) *la croix* qui nous sert à mesurer l'adduction et l'abduction d'une façon plus précise qu'on ne le fait généralement. Il n'y a pas de flexion chez notre opérée.

Hanche gauche. — La plus anciennement réséquée et la plus ankylosée. La cicatrice de l'incision en H a pris une forme trapézoïde ; elle est bien sèche ; mais comme elle est moins déprimée et n'a pas de bourrelets chéloïdes, elle est moins disgracieuse que l'incision arciforme du côté droit. La branche transversale de l'H est à

3 centimètres au-dessous de la pointe du trochanter. De ce côté gauche, comme du côté droit, le capuchon trochantérien est bien soudé, sans déplacement appréciable. L'ankylose est bien plus serrée que de l'autre côté, tous les mouvements entraînent le bassin. L'abduction est de 8 centimètres ; la flexion statique est de 160 degrés, comme de l'autre côté.

Bon fonctionnement du genou.

CONCLUSIONS

La coxalgie double est relativement fréquente.

Sur 495 coxalgies, on trouve 34 coxalgies doubles, soit un pourcentage de 6 0/0.

La coxalgie double constitue l'association la plus fréquente de la coxalgie.

Elle confirme la loi qui établit la fréquence des foyers symétriques en tuberculose osseuse.

La coxalgie double n'a pas de prédilection en ce qui concerne le sexe.

Elle frappe plus souvent des enfants de 5 à 8 ans, ne différant pas, en cela, de la coxalgie unilatérale.

Les deux hanches sont rarement prises simultanément. L'intervalle qui sépare le début de chaque coxalgie est très variable et oscille entre 3 mois à 12 ans.

L'étude clinique de la coxalgie double doit être divisée en deux parties. La première partie traitant de la coxalgie en évolution, la seconde s'occupant de la coxalgie guérie, au sens anatomique du mot, et des problèmes orthopédiques que posent les déformations définitives que laissent cette guérison anatomique.

Dans l'étude clinique de la coxalgie double en évolution, les deux points les plus remarquables à mettre en relief concernent les abcès et luxations.

Les abcès sont très fréquents, presque inévitables, 30 fois sur 35. Ils siègent 24 fois des deux côtés.

6 fois d'un seul côté.

Les luxations pathologiques sont aussi d'une grande fréquence.

La luxation est la règle dans la première coxo-tuberculeuse, l'exception dans la seconde.

Le pronostic de la coxalgie doit être réservé.

L'apparition de foyers nouveaux dans d'autres points du squelette n'est pas rare. Sur 35 cas, on trouve 14 cas de tuberculoses surajoutées.

Le mal de Pott est une association fréquente et ajoute sa gravité pronostique à celle de la coxalgie double. Sur 35 cas, on trouve 9 fois le mal de Pott associé.

La coxalgie double entraîne une mortalité relativement élevée.

Sur 35 cas, on relève 8 cas de mort dont 4 de méningite tuberculeuse et 4 de septicémie consécutive à la suppuration fistuleuse.

L'étude de la coxalgie double guérie, au sens anatomique du mot, est extrêmement intéressante au point de vue orthopédique.

La sclérose des foyers fixe les membres inférieurs dans les positions les plus variables, selon le traitement institué antérieurement, et entraîne des troubles d'ordre fonctionnel et statique, allant de l'infirmité légère à l'impotence presque absolue. On peut ramener à six types de description définie ces diverses attitudes.

1^{er} Cas. — Ankylose des deux hanches avec bonne attitude et longueur égale des deux membres. — La marche est possible. La station assise difficile. La défécation et les fonctions génito-urinaires très gênées, surtout chez la femme.

2^e CAS. — *Luxation bilatérale avec mobilité des deux hanches et longueur à peu près égale des deux membres inférieurs.* — Ce cas qui se voit à la suite de coxalgies dont le traitement antérieur a été un peu négligé aboutit à un résultat paradoxal, en apparence : c'est, au point de vue fonctionnel, le plus favorable grâce à un degré de mobilité assez prononcé des deux hanches luxées. La marche très disgracieuse, souvent pénible, est possible. La station assise facile. Les autres fonctions peu troublées.

3^e CAS. — *Luxation des deux hanches en mauvaise attitude avec flexion et adduction.* — Marche pénible, souvent impossible. Infirmité nécessitant une intervention.

4^e CAS. — *Ankylose bilatérale avec adduction des deux cuisses qui passent l'une au devant de l'autre (jambes en ciseaux, scisson legged).* — Impotence presque absolue.

5^e CAS. — *Asymétrie des deux membres.* — Marche très pénible

6^e CAS. — *Ankylose des deux hanches avec rotation en dehors des deux membres inférieurs.* — Très rare. Infirmité considérable.

Selon le degré des attitudes vicieuses, il existe au niveau du genou, du pied et de la colonne vertébrale de véritables *déformations de compensation.*

Au genou :

Genu valgum le plus fréquent.

Genu varum.

Genu recurvatum.

Genou en baïonnette.

Au pied :

Une laxité anormale des articulations.

A la colonne vertébrale :

Des scolioses et une lordose compensatrices.

Le traitement variera, suivant le moment où il est appliqué.

I. — La coxalgie double est en évolution.

Le traitement aura pour but :

1° De lutter contre l'adduction et la flexion ;

2° De conserver si possible, la mobilité dans une des hanches (*restitutio ad integrum*) ;

3° De traiter les abcès et éviter leur fistulisation.

II. — La coxalgie double est guérie, au sens anatomique du mot.

Le traitement comprend alors la correction des attitudes vicieuses.

Il aura pour but :

1° De rétablir le parallélisme des deux membres inférieurs, condition indispensable au point de vue de la statique et de la marche ;

2° De créer d'un côté, tout au moins, un certain degré de mobilité, condition indispensable au point de vue fonctionnel.

Vu :

Le Président de la Thèse,
RECLUS.

Vu :

Le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Bonnet. — *Maladies des articulations*, 1865, t. I, p. 273-274.
- Bruyant. — *The Lancet*, 1877, t. II, p. 917.
- Campenon. — Thèse d'agrégation, 1883.
- Croft. — *The Lancet*, 1880, p. 697.
- Goldié et Schwartz. — *Rev. d'Orthop.*, 1891.
- Guillaume-Louis et Calvé. — *Rev. mens. des maladies de l'enfance*, 1903.
- Houzel (G.). — De l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne dans les ankyloses vicieuses de la hanche. *Arch. Prov. de chir.*, 1905.
- Huguier. — *Traitément des ankyloses par la résection orthopédique et l'interposition musculaire*. Thèse Paris, G. Steinheil, 1905.
- Hulleu. — *Rev. d'Orthop.*, 1904.
- Kirmisson. — *Difformités acquises de l'appareil locomoteur*, p. 180.
- Latarget et Duroux. — Le genou dans la coxalgie. *Lyon médical*, 1904.
- Lorenz. — Behandlung der Hüfxankylosen. *Berliner klinik*, 1896.
- Lucas (A.). — On cross legged progression. *Transact. of the clinic. Soc.*, 1881.
- Ménard (V.). — *Tuberculose infantile* (octobre et décembre 1903).
- Mencièrre. — *Arch. prov. chir.*, 1904.
- Mordhorst. — *Arch. für klin. Chirurg.*, 1884.
- Nélaton. — Thèse de ROUAULT. Paris, 1900.
- Ollier. — *Traité des résections*.
- Patel et Cavaillon. — *Rev. d'Orthop.*, 1904.
- Petit (L. H.). — *Congrès de chirurgie*, 1892.
- Phocas. — *Rev. d'Orthop.*, 1898.
- Ridlon. — *International Journal of Surg. and antiseptic*, 1888.
- Rochet. — In article JOURDANET, *Province médicale*, 1896 et *Rev. de ch.*, 1900.
- Routier. — *Soc. de chirur.*, t. XVI, 1892.
- Vincent. — Ostéotomies et ostectomies fémorales. *Rev. de chir.*, 1902.
- Volkmann. — Osteotomie und Resektion, in *Central. für Chir.*, 1885.
- Warthon. — *American Journal of medical sciences*, 1883.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie	9
CHAPITRE II. — Etude clinique	15
§ 1. — Etude clinique de la coxalgie double en évolution. . .	16
§ 2. — Etude, au point de vue fonctionnel, des coxalgies doubles anatomiquement guéries	27
§ 3. — Déviations compensatrices du genou, du pied et de la colonne vertébrale.	43
CHAPITRE III. — Traitement	49
§ 1. — Traitement de la coxalgie double en évolution . . .	49
§ 2. — Traitement de la coxalgie double guérie.	51
§ 3. — Conclusions. — Procédés opératoires	54
OBSERVATIONS.	79
CONCLUSIONS.	91
BIBLIOGRAPHIE.	95
